UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1906 — N° 28

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 31 Mai 1906 à 1 heure.

PAR

CHARLES BAIZE

LICENCIÉ ÈS LETTRES

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LES

EMPOISONNEMENTS

PAR LES GATEAUX A LA CRÈME

Président. . . M. BROUARDEL, *professeur.*

Juges . . . MM. GILBERT, *professeur.*
DUPRÉ, *agrégé.*
CARNOT, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

ÉMILE LAROSE, LIBRAIRE ÉDITEUR

11, rue Victor Cousin, 11

1906

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PERE

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MON AMI, LE POÈTE PAUL BLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BROUARDEL

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

INTRODUCTION

Au mois de juin 1905, pendant l'année d'Externat que nous accomplissions à Saint-Antoine, se produisirent de nombreux cas d'empoisonnement par des gâteaux à la crème provenant d'une pâtisserie de Saint-Mandé. Le hasard conduisit l'une des victimes dans le service auquel nous étions attaché et nous pûmes, pendant les heures qu'elle survécut, observer à loisir les effets du poison.

Notre chef, M. le docteur Thoinot, médecin-légiste, à qui précisément cette grave affaire venait d'être confiée, surpris de l'abandon où demeurait l'étude clinique d'empoisonnements d'une telle importance, nous inspira l'idée de la tenter et voulut bien, pour nous en faciliter les moyens, nous associer aux recherches de son expertise. Grâce à lui, nous avons pu non seulement assister aux autopsies qu'il pratiqua sur

les victimes, mais examiner avec lui les malades, les interroger, suivre la marche des accidents et en apprécier les conséquences.

Ces observations personnelles, malgré leur nombre, ne nous eussent peut-être point suffi pour atteindre le but, que nous poursuivions. Pour oser formuler une règle ; pour oser ériger en type clinique une modalité qu'on a observée, il faut pouvoir s'assurer que la règle entrevue ne repose pas sur une exception, que cette modalité n'est pas l'œuvre du hasard, mais qu'elle se retrouve identique à elle-même dans tous les empoisonnements d'un même degré ; il faut en un mot s'autoriser de documents multiples.

Ces documents qui nous eussent manqué, M. le docteur Thoinot a bien voulu nous les fournir encore et ainsi, grâce à lui, grâce aussi à M. le docteur Courtois-Suffit qui fut son collaborateur d'expertise dans l'affaire du Faubourg Saint-Denis, nous avons pu faire porter notre étude sur cent vingt cas. Nous les en remercions bien vivement l'un et l'autre et nous nous permettons d'adresser ici à M. le docteur Thoinot, qui fut pour nous un chef incomparable, l'expression de notre profonde reconnaissance pour la bienveillance et les conseils précieux, qu'il nous a prodigués.

Avons-nous réussi à mener à bien la tâche

entreprise ? Sommes-nous arrivés à dégager de la diversité des cas des types cliniques d'une physionomie précise ? Ce n'est pas à nous d'en juger, mais nous pouvons dire que nous n'avons pas ménagé notre peine. La question était difficile en effet. S'il est aisé de comparer entre eux les accidents produits par un poison bien défini tel que l'acide arsénieux, il n'en est plus ainsi dans les intoxications causées par ce mystérieux poison des crèmes dont nous ne pouvons que soupçonner l'origine, la nature et le mode d'action. L'allure capricieuse des accidents provoqués par lui, les variations de durée de l'incubation qui les précède, leur inégale gravité chez des sujets dont la santé, le régime et les conditions d'existence semblent pourtant les mêmes, sont autant de causes qui nous ont rendu particulièrement pénible la tâche de les comparer d'un malade à l'autre, de les classer équitablement selon leur degré et d'isoler dans ces groupements cliniques l'élément caractéristique pour le mettre en lumière.

Le plan de notre étude est des plus simple. Dans une première partie, nous exposons successivement l'Etiologie des empoisonnements par la crème, leur Pathogénie, leurs Symptômes selon leur ordre d'apparition et leur importance, les Formes cliniques auxquelles se ramènent les différents cas, enfin le Diagnostic. Dans une

seconde partie, nous publions les observations relatives aux affaires d'Auteuil, du Faubourg Saint-Denis et de Saint-Mandé.

Nous croyons utile cependant d'ajouter ici quelques remarques préliminaires. Dans le long chapitre que nous consacrons à l'Etiologie, nous ne nous sommes point contenté de fournir des indications techniques sur la nature et la composition des gâteaux coupables, ni d'énumérer les causes d'ordre général qui semblent favoriser la toxicité des crèmes ; nous avons cru bon de rechercher si les manifestations du poison sont aussi capricieuses qu'on le déclare communément et s'il n'est pas possible d'y découvrir des lois capables d'expliquer leurs variations. Ces lois trouvées, nous nous sommes efforcé d'en prouver l'existence et de montrer que tous les faits, qui paraissent les contredire, ne sont que des cas particuliers qui s'expliquent par des particularités étiologiques de l'organisme où l'empoisonnement évolue.

Enfin, bien que sa présence puisse sembler insolite dans un travail purement clinique, un court chapitre de Pathogénie nous a paru indispensable, non seulement parce qu'il est le complément naturel de notre étude étiologique, mais encore parce que les notions qu'il donne sur les Poisons métaboliques permettent seules de comprendre la nécessité d'une incubation pour le

poison des crèmes et les surprenantes variations de sa durée.

Loin de nous la prétention d'avoir fait œuvre durable. Notre seule ambition est que cette étude puisse en susciter d'autres et qu'elle soit un premier document pour ceux qui, séduits par la physionomie étrange de ces empoisonnements, voudront, après nous, en esquisser les traits.

Et maintenant que voici l'heure venue de dire adieu pour toujours à des études trop tôt finies à notre gré, il nous reste un devoir très-doux à remplir ; c'est celui d'exprimer notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont initié avec tant de patience et de talent à la science et à la pratique médicales : M. le Professeur Pouchet, M. le Professeur Budin ; MM. les Professeurs agrégés Chauffard, Quénu, Brocq, Démelin, Brindeau, Pierre Duval ; MM. les Docteurs Launay, Herbet, Piquand et Coudert.

Nous prions spécialement M. le Professeur Brouardel, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, d'agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Paris, 23 avril 1906.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTIOLOGIE

I

§ 1. — LES GATEAUX TOXIQUES.

Chaque fois qu'il y a empoisonnement par des gâteaux, on peut affirmer qu'il s'agit de gâteaux à la crème.

Nous ne parlons pas ici, bien entendu, des accidents toxiques qu'une funeste méprise ou une intention criminelle peuvent provoquer par addition d'une substance nocive aux éléments d'un gâteau : toujours alors l'analyse chimique parvient à déceler la présence d'un poison. Nous n'avons en vue dans cette étude que cette toxicité spontanée, mystérieuse encore pour la science, que peuvent acquérir éventuellement des gâteaux, dont cependant le mode de fabrica-

tion et les matières premières sont, du moins en apparence, restés invariables.

Cette toxicité sans poison décelable par l'analyse n'apparaît jamais, disions-nous, que dans les pâtisseries dont la crème est partie constitutive. Cette vérité résulte à l'évidence des observations que nous citons à la fin de cette étude ; mais il en est parmi elles qui la démontrent avec la rigueur d'une expérimentation scientifique :

Dans un dîner qui réunit six personnes, on sert au dessert un *moka*, une *tarte aux fruits* et deux *éclairs*. La petite L. mange les deux éclairs, les seuls gâteaux qui renferment de la crème : elle est gravement malade. Les cinq autres convives restent indemnes (Auteuil, gr. 11).

Dans la famille D., on sert au dîner des gâteaux divers, dont deux seulement — deux éclairs — contiennent de la crème. Le fils D. mange les deux éclairs : il est frappé. Les autres convives qui consomment les autres gâteaux ne présentent aucun accident par la suite (Auteuil, gr. 7).

Les époux C., qui reçoivent un ami à leur table, servent au dessert un *chou à la crème* et deux *tartelettes aux fruits*. M. C. qui mange le chou est très gravement malade ; les deux autres convives ne ressentent aucun trouble (Faubourg Saint-Denis, gr. 2).

Dans un dîner, où quatre personnes sont réunies, on sert trois choux à la crème et une tartelette. Les trois convives, qui consomment les choux sont atteints d'accidents toxiques ; Mme K. qui mange la tartelette n'éprouve aucun malaise (Saint-Mandé, 2).

M. G. mange des *barquettes aux marrons*, pendant que sa

mère et sa domestique consomment chacune un chou à la crème : M. G. reste indemne ; au contraire, sa mère est sérieusement atteinte et la bonne succombe (Saint-Mandé, gr. 13), etc.

Il est inutile de multiplier les exemples ; ceux-ci, croyons-nous, suffisent à établir indiscutablement ces deux points :

1° *Qu'il y a rapport de cause à effet entre l'ingestion des gâteaux à la crème et les troubles observés ultérieurement ;*

2° *Que seuls, dans la genèse de ces troubles, les gâteaux à la crème peuvent être incriminés, non les autres.*

A vrai dire, si l'on parcourt les dépositions des malades, il semble qu'il y ait des exceptions à cette dernière règle. Tels, dans l'affaire de Saint-Mandé, qui avaient présenté des signes indéniables d'intoxication, affirmaient par exemple n'avoir consommé que des *babas au rhum* et n'avoir touché ni aux éclairs ni aux *charlottes* servis concurremment. Ils étaient de bonne foi, mais quand on les forçait à préciser leurs souvenirs, on découvrait en fin de compte que le gâteau litigieux n'était pas un baba véritable, mais un baba à la crème, en un mot un *marignan*. Il est à présumer qu'il en est ainsi des cas analogues qu'on a reçus comme vrais, faute souvent de pouvoir les vérifier. Un contrôle plus exact eût fait évanouir l'anomalie.

Remarquons d'ailleurs qu'un gâteau inoffensif en lui-même peut fort bien acquérir une virulence indirecte par simple contact avec d'autres. Dans l'enveloppe de papier sous laquelle le commerçant les livre à l'acheteur, babas et gâteaux à la crème font mauvais voisinage et s'imprègnent mutuellement des produits liquides qu'ils renferment. La crème est-elle toxique ? l'enduit qu'elle forme aux babas va les rendre nocifs. Si minime en effet que soit cet enduit, il suffit cependant à provoquer des troubles intestinaux. Nous ne saurions, il est vrai, fournir la preuve directe de cette assertion, car il est difficile de rencontrer des cas où ce procédé d'intoxication se montre réalisé de façon indéniable, mais il est des faits qui en prouvent la possibilité. Témoin le cas de cet homme qui est malade pour avoir mangé un peu de croûte d'un Saint-Honoré : la faible couche de crème restée adhérente à la pâte a suffi pour provoquer des phénomènes toxiques (Saint-Mandé, M. S., gr. 1 ; Mlle G., gr. 5). Des faits de cette nature aident à comprendre que des babas au rhum aient pu, dans de rares circonstances, causer des accidents indirectement, en empruntant à des crèmes dangereuses un peu de leur substance et, par suite, de leur toxicité.

Mais ici se pose une question. Les crèmes utilisées en pâtisserie sont de diverses sortes : la

crème, que renferment les *Milanais* ou les *Mille-feuilles*, par exemple, n'a pas même composition que celle des éclairs ou des charlottes ; celle-ci non plus n'est pas identique à la crème d'un *Feuilleté aux amandes*. On peut dès lors se demander s'il y a lieu, au point de vue de leur nocivité éventuelle, d'établir une distinction entre ces différentes crèmes, ou s'il faut au contraire les considérer toutes comme susceptibles d'acquérir inopinément des propriétés redoutables.

C'est la distinction qui s'impose ; il ne peut y avoir de doute à cet égard. Qu'on lise les observations que nous rapportons dans la seconde partie de cette étude ; qu'on consulte les cas publiés par les divers auteurs, il n'y a qu'une crème qui se soit montrée spontanément toxique, c'est la *crème de Saint-Honoré*.

D'un usage extrêmement fréquent, c'est elle qu'on trouve dans les *Meringues*, *les gâteaux de Saint-Honoré*, *les Choux et Charlottes à la crème*, *les Eclairs et les Carolines* ; c'est elle encore qui garnit *les Parfaits*, *les Financiers*, *les Religieuses*, *les Marignans*, *les Duchesses*, *les Petits-fours*. Tous ces produits si variés dans leur forme, dans leur pâte, dans leur saveur même, cachent sous des noms divers un élément commun : la crème de Saint-Honoré.

Or, ce sont précisément ces gâteaux qu'on retrouve à l'origine de tous les empoisonne-

ments par les pâtisseries ; la statistique ne laisse aucun doute à cet égard. C'est ainsi que sur les 120 cas de cette nature, que nous avons pu réunir, on en doit attribuer :

	Auteuil	Faubg. St-Denis	St-Mandé	Total
Aux gâteaux Saint Honoré.	14	23	13	50
Aux carolines et éclairs.	26	2	2	30
Aux marignans.	2	0	15	17
Aux choux à la crème	2	2	8	12
Aux petits-fours à la crème.	0	0	5	5
Aux charlottes à la crème	4	0	0	4
Aux babas au rhum (?)	1	0	0	1
A gâteaux indéterminés.	0	0	1	1
Totaux.	49	27	44	120

La mort qui survint dans 5 de ces cas est imputable :

Aux choux à la crème.	2 fois (Auteuil, Saint-Mandé).
Aux éclairs	1 fois (Auteuil).
Aux Saint-Honoré	1 fois (Faubg. St-Denis).
A gâteau à la crème d'espèce indéterminée	1 fois (Saint-Mandé).

Ainsi donc sur ces 120 cas, tous, sauf 1 seul qui d'ailleurs peut s'interpréter favorablement, sont unanimes à démontrer que la nocivité est l'apanage des pâtisseries dont la crème de Saint-Honoré est la base.

§ 2. — Composition de la crème toxique

Cette crème de Saint-Honoré est en soi chose complexe. Il est possible, probable même, que cette toxicité qu'elle revêt parfois, n'appartienne qu'à l'un de ses éléments. Auquel ? c'est à la pathogénie de répondre ; notre rôle doit se borner ici à lui faciliter ses recherches en mettant en relief les particularités dont elle pourra tirer parti. Et il en est d'intéressantes dans la fabrication de la crème de Saint-Honoré (1).

Cette crème résulte du mélange de deux préparations distinctes : 1° *une crème cuite* ; 2° *une neige de blancs d'œufs crus*.

Pour faire la crème cuite, on délaie ensemble, puis on met sur le feu les ingrédients suivants :

16 jaunes d'œufs ;
500 grammes de sucre ;
125 grammes de farine ;
1 litre de lait bouillant où l'on a dissous au préalable 2 à 4 feuilles de gélatine ;
vanille q. s. pour parfumer.

1. Tous les détails techniques, que l'on trouvera ici et dans les autres pages de notre chapitre étiologique, nous les devons à MM. Pierre Courtet, négociant, et Charabot, président du Syndicat de la pâtisserie. Nous les remercions bien vivement de l'empressement qu'ils ont mis à nous fournir les renseignements qui nous étaient nécessaires.

Pendant la cuisson de cette bouillie, 30 blancs d'œufs sont battus en neige dans un bassin de cuivre rouge, après addition d'une pincée d'alun. Quand cette neige a acquis une consistance très ferme, on lui incorpore vivement la crème bouillante et le mélange est aussitôt réparti entre les divers gâteaux auxquels on le destine. Il faut opérer vite, pour éviter autant que possible la production des sels de cuivre, qui malgré tout demeure inévitable.

De ces détails techniques, il en est un surtout qui doit être mis en lumière ; c'est que, de toutes les crèmes usitées en pâtisserie, la crème de Saint-Honoré est la seule qui renferme du blanc d'œuf cru. Sans doute la crème bouillante dont on additionne celui-ci peut, quand elle arrive à son contact, le *saisir* et même le cuire partiellement ; mais elle a vite fait de perdre sa chaleur dans ce milieu froid et la majeure partie de l'albumine échappe à son action.

Ce point est important. Il devient capital, si l'on y ajoute cette remarque : que jamais, quand on la consomme en nature, la crème cuite ne cause ces accidents, que peut au contraire provoquer son association aux blancs d'œufs. A quoi donc la crème de Saint-Honoré peut-elle bien devoir ce fâcheux privilège, si ce n'est à cet élément cru, que seule elle renferme ?

II

§ 1. — FRÉQUENCE DES EMPOISONNEMENTS PAR LES GATEAUX A LA CRÈME.

Les cas d'empoisonnement qui sont dus aux gâteaux à la crème sont rares; on peut même dire qu'ils sont exceptionnels, si l'on tient compte du nombre des produits de cette nature, que l'on consomme journellement. A Paris où, chaque jour, près de 3.000 fabricants mettent en vente des milliers de gâteaux à la crème, on n'a guère enregistré que 124 cas d'intoxication dans les quatre dernières années :

1902. 49 cas (affaire d'Auteuil).
1903. 0 cas.
1904. 31 cas (affaire du Faub. Saint-Denis : 27 cas ; en outre, 3 cas isolés) (1).
1905. 44 cas (affaire de Saint-Mandé.
Soit une moyenne annuelle de 31 cas.

Ce nombre évidemment paraît lourd, à ne voir en lui qu'un tribut payé à un mal évitable ; mais il faut convenir qu'il est presque insignifiant, comparé au nombre des consommateurs qui se chiffre par des millions.

Malgré tout, le public, surpris dans sa quié-

1. Cf. Le Coq, thèse de Paris, 1906 : *Contribution à l'étude des empoisonnements par les gâteaux à la crème*, page 61 et suivantes.

tude par les accidents redoutables qu'il a vu survenir, ému aussi par le mystère dont s'entoure leur cause, demeure méfiant à l'endroit des pâtisseries à la crème. Et ce n'est pas seulement sur les auteurs involontaires de ces accidents que s'exerce sa méfiance. Tel pâtissier qui vendait, il y a quelques années, 12 à 15 gâteaux Saint-Honoré le dimanche, n'en vend plus que 2 ou 3 actuellement.

§ 2. — CAUSES GÉNÉRALES QUI SEMBLENT FAVORISER LA TOXICITÉ DES CRÈMES.

Sous quelles influences cette crème presque toujours inoffensive peut-elle perdre son innocuité ? On a tour à tour mis en cause l'*action des saisons chaudes*, la *chaleur orageuse*, l'*exposition au grand air*, une *fabrication défectueuse*.

Cette dernière opinion, avancée du reste assez timidement par son auteur (1), s'appuie sur un fait incontestable : la coïncidence habituelle des cas d'empoisonnement avec les jours de fête. Pour M. Peytoureau, il n'y aurait pas là simple coïncidence, mais rapport de cause à effet : la surproduction, imposée ces jours-là au pâtissier pour contenter une clientèle excessive, entraîne-

1. Peytoureau, thèse de Bordeaux, 1902 : *Etude sur les empoisonnements par les pâtisseries à la crème*, page 62.

rait dans sa fabrication des défauts dont les empoisonnements seraient la conséquence. Il y a peut-être une part de vérité dans cette opinion, bien qu'il soit difficile d'en fournir la preuve.

L'*exposition au grand air* semble avoir joué un rôle important dans quelques cas (1).

La *température lourde des journées orageuses* a une action incontestable, que ses effets bien connus sur le lait, les viandes et les liquides alimentaires permettent d'interpréter.

Mais parmi toutes les causes d'ordre général qu'on ait invoquées pour expliquer la transformation toxique de la crème, il en est une qui mérite une mention spéciale, c'est l'*influence des saisons chaudes*. Toutes les observations, anciennes et récentes, s'accordent pour affirmer la fréquence des empoisonnements par la crème pendant les mois d'été et leur rareté, ou même leur absence, au cours des saisons froides : les accidents d'Auteuil éclatent à la fin d'août ; ceux du Faubourg Saint-Denis, au milieu de mai ; ceux de Saint-Mandé, le 18 juin.

Les 31 observations, que M. Le Coq a réunies et qui portent sur une période de 45 ans, sont à ce point de vue particulièrement éloquentes.

1. Le Coq, ouvrage cité, page 72.

Elles se répartissent ainsi sur les différents mois :

Mars. . .	4 obs. :	1860, 1901, 1901, 1902.
Mai . . .	5 —	1898, 1901, 1902, 1903, 1904.
Juin. . .	5 —	1881, 1902, 1904, 1905, 1906.
Juillet . .	7 —	1881, 1895, 1901, 1903, 1905 (3 fois).
Août. . .	7 —	1873, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904 (2 fois).
Septembre.	2 —	1902, 1904.
Novembre.	1 —	1902.

Cette fréquence variable des empoisonnements selon les mois figure une courbe qui, s'élevant par une ascension brusque en mars, atteint son sommet aux mois de juillet et août, décline rapidement en septembre et novembre pour tomber à zéro, où elle se maintient pendant les véritables mois d'hiver : décembre, janvier et février. L'allure de cette courbe concorde trop exactement avec celle de la température annuelle pour n'être qu'une simple coïncidence.

Reste à savoir pourquoi ces diverses causes qui, par cela même qu'elles sont générales, doivent s'exercer simultanément sur tous les quartiers d'une ville et sur toutes les officines de ses fabricants, ne manifestent pourtant leur action que sur un point de cette ville et ne transforment en poison que la crème d'une seule officine. Car ce fait est indéniable ; qu'on prenne l'affaire d'Auteuil, qu'on prenne l'affaire de Saint-Mandé,

on n'a jamais à mettre en cause que les gâteaux d'un seul établissement. Le grand nombre des victimes et leur dispersion en des points différents peuvent, au premier abord, faire croire à de multiples foyers d'intoxication ; il n'en est rien et l'enquête ultérieure démontre toujours la commune origine des gâteaux meurtriers.

Faut-il donc conclure que des causes générales, qui s'exercent partout à la fois et sur des produits de même nature, peuvent, dans un même temps, modifier l'un d'eux en poison et laisser aux autres leur innocuité ?

Il est une autre conclusion plus satisfaisante ; c'est que ces causes générales, si elles sont indispensables à la métamorphose toxique, ne sont pas suffisantes pour l'opérer. Elles créent les conditions dans lesquelles celle-ci devient possible, mais il faut un agent pour la rendre nécessaire. Voilà pourquoi, sans doute, cette métamorphose reste un fait isolé, un fait d'exception, malgré la similitude des ambiances. A la Pathogénie de rechercher cet agent.

III

A quelle dose une crème douée de propriétés nocives devient-elle apte à provoquer des troubles dans l'organisme ? A quelle dose est-elle capable d'occasionner la mort ? Ces questions, ainsi posées, sont manifestement insolubles. Il

nous manque en effet, pour y répondre, ces deux données indispensables : la notion exacte de la quantité de poison contenu dans un volume déterminé de cette crème ; la connaissance du coefficient de résistance individuelle à ce poison.

Peut-être la chimie parviendra-t-elle un jour à déceler l'agent des crèmes toxiques et à l'isoler, comme elle le fait pour les poisons minéraux et les alcaloïdes ; même alors, on ne saurait préjuger de la virulence d'une crème sans dosage préalable, sa teneur en poison n'étant sûrement pas uniforme d'un produit à l'autre.

Quant au second point, il est douteux que la Physiologie parvienne, jamais à le résoudre : les causes, capables de modifier l'équilibre de l'organisme et, par suite, d'en faire varier les propriétés, sont trop obscures, trop complexes et changeantes, pour qu'on puisse attribuer à chacun une formule de résistance invariable. L'établirait-on aujourd'hui, demain elle serait fausse.

§ 1. — Modes d'action des crèmes toxiques. Règles qui les dirigent

Contentons-nous des faits que nous fournissent les trois affaires d'Auteuil, du Faubourg Saint-Denis et de Saint-Mandé. A défaut d'une certitude scientifique irréalisable, leur étude

comparative permet des constatations intéressantes qu'on peut formuler ainsi qu'il suit :

1° *L'ingestion de pâtisseries toxiques se traduit par des accidents d'intensité variable, depuis les plus légers jusqu'aux plus sévères.*

2° *Pour provoquer chez un individu l'apparition de phénomènes toxiques, il suffit souvent d'une quantité très minime de crème.*

Cette vérité résulte d'un grand nombre de cas; citons seulement les plus typiques :

« Mlle G., 26 ans, mange après son dîner les biscuits d'une petite charlotte dont sa maîtresse a consommé la crème. La quantité de poison qu'elle ingère se borne donc au léger enduit que cette crème a laissé à la surface des biscuits. L'intoxication ne s'en produit pas moins et, dès le lendemain matin, Mlle G. ressent les premiers malaises » (Auteuil, gr. 5).

« M. S., 62 ans, qui dîne en famille le dimanche 18 juin, se contente de manger un peu de la croûte du Saint-Honoré servi au dessert : il ressent le lendemain les symptômes habituels de l'empoisonnement par les crèmes » (Saint-Mandé, gr. 1).

« M. S., 38 ans, dînant en famille le dimanche 18 juin, mange un peu de croûte d'un Saint-Honoré et s'abstient de la crème. Il ressent cependant les malaises caractéristiques le lundi » (Saint-Mandé, gr. 9).

« Mme H., 48 ans, mange la moitié d'un marignan, après en avoir donné la crème à sa petite fille. Malgré la faible quantité de crème restée adhérente à la pâte, Mme H. présente dans la nuit des signes indéniables d'intoxication » (Saint-Mandé, gr. 6).

« Mlle H., 24 ans, au même repas que la précédente, consomme une petite moitié d'un marignan avec la crème corres-

pondante ; elle présente un jour plus tard des accidents toxiques manifestes » (*Ibid.*).

« Mme G., 42 ans, à qui l'on a donné trois petits-fours à la crème, le lundi soir 19 juin, en mange un et donne les deux autres à son enfant. Malgré la minime quantité de crème contenue dans ce gâteau, l'empoisonnement se révèle le lendemain par son syndrôme habituel » (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 14).

Dans tous les cas, que nous venons de citer, la quantité de crème ingérée n'excède certainement pas une cuillerée à café. Elle a suffi pourtant à provoquer chez ces diverses personnes des symptômes toujours caractéristiques.

3° *Entre la quantité de crème ingérée et la gravité des symptômes il existe une corrélation certaine, cachée dans la majorité des cas, mais cependant possible à mettre en évidence à condition qu'on prenne, comme termes d'appréciation, des individus ayant consommé une crème identique, celle d'un même gâteau par exemple.*

Si l'on néglige cette condition ; si l'on se contente, comme l'ont fait la plupart des auteurs, de comparer les effets de gâteaux isolés, tels que choux ou éclairs, on en arrive comme eux à une conclusion fausse ; car ces effets se révèlent tellement inégaux, qu'on est nécessairement induit à nier cette corrélation.

C'est que, dans leur raisonnement en apparence si logique, il est un élément capital dont ils

ne tiennent pas compte : la virulence variable de la crème; et nous les voyons raisonner à propos de crèmes, comme s'il s'agissait de solutions toxiques de titre immuable. Là est l'erreur. De ce que deux gâteaux contiennent un égal volume de crème, il ne s'ensuit pas qu'ils aient même teneur en poison : tous les faits d'ordre biologique, qui nous sont connus, s'élèvent contre cette hypothèse. L'un pourra n'en contenir que des traces, l'autre en renfermer une dose formidable. Dès lors, comment établir une comparaison entre les effets causés par des volumes égaux de deux crèmes, dont la virulence est aussi différente? — De quel droit conclure d'une telle comparaison à l'indifférence des quantités ingérées sur l'intensité des phénomènes ? Si l'on adopte cette conclusion, il faut admettre que le jeune G., qui mourut empoisonné par un éclair, eût subi le même sort en ingérant seulement une parcelle de ce gâteau. C'est manifestement insoutenable.

En somme, il n'y a qu'une méthode qui puisse affirmer ou infirmer l'existence d'un rapport entre la quantité de crème absorbée et la gravité des cas; c'est, nous le répétons, de ne choisir pour termes de comparaison que des individus ayant ingéré des crèmes dont la nature, l'origine et la virulence soient rigoureusement identiques ; et cette condition, seule base de certitude, nous la trouvons réalisée chez ces convives qui, réunis à la même table, ont partagé le même gâteau.

Interrogeons-les donc, et n'interrogeons qu'eux. Ils vont nous fournir, presque avec la rigueur d'une expérience, la preuve de cette corrélation qu'on nie, faute de la rechercher comme il convient.

Le dimanche 18 juin, la famille S., comprenant M. S. sa femme et son fils, reçoit à dîner la famille Ch. composée de quatre personnes : les époux Ch., leur fillette et leur bonne. Un Saint-Honoré est servi au dessert et divisé en sept parts. La fillette n'en goûte pas ; M. Ch., et sa bonne n'en mangent qu'un fragment insignifiant (les boules de pâtisserie) : ces trois personnes restent indemnes. Il en est pas de même pour les autres convives.

M. S., 62 ans, ne consomme de sa part que la croûte et le léger enduit de crème resté à sa surface. Résultat : intoxication légère, apparue le mardi, avec symptômes bénins. Amélioration dès le jeudi 22 ; guérison le samedi 24 juin. Durée de la maladie : 5 jours.

M. S., 29 ans, mange une large part du Saint Honoré.

Résultat : intoxication de forme moyenne, révélée le lundi midi par des symptômes assez violents. Amélioration le samedi 24 ; guérison le jeudi 29. Durée de la maladie : 11 jours.

Mme Ch., 27 ans, mange sa part de gâteau et en plus un peu de la crème tombée dans le plat ; en somme, quantité très voisine de celle qu'a consommé le précédent. Résultat : intoxication de forme moyenne également survenue le lundi midi, avec symptômes un peu plus accentués : amélioration le dimanche 25 ; guérison le 27 juin. Durée de la maladie : 9 jours.

Mme S., 52 ans, mange non seulement sa part entière, mais une forte portion de la crème dédaignée par d'autres convives. Résultat : empoisonnement grave, apparu dès la nuit suivante avec symptômes très violents. Amélioration le samedi 24 ;

guérison, le 2 juillet. Durée de la maladie : 14 jours » (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 1).

Dans cette observation nous voyons donc que sur quatre convives la crème d'un Saint Honoré a produit :

En quantité minime : 1 cas léger	M. S. père, malade 5 jours.
En forte quantité : 2 cas moyens	M. S. fils, malade 11 jours. Mme Ch., malade 9 jours.
En très forte quantité : 1 cas grave	Mme S., malade 14 jours.

— « Les époux S. et les époux M., dînent ensemble le dimanche 18 juin ; on leur présente, au dessert, un Saint-Honoré dont ils mangent de façon très inégale :

M. M., 63 ans, n'en mange qu'un fragment presque dépourvu de crème. L'intoxication est très-légère : elle apparaît tardivement le mercredi 21, et disparaît le jour même. Durée de la maladie : 1 jour.

M. S., 38 ans, se contente, comme le précédent, d'un peu de croûte, sans crème. Intoxication très-légère : trois ou quatre selles liquides le lundi matin ; guérison le même jour. Durée de la maladie : 1 jour.

Mme S., 35 ans, mange au contraire sa part entière. L'intoxication, de forme légère, débute dans la nuit. Guérison le 26 juin. Durée de la maladie : 8 jours.

Mme M., 55 ans, mange non seulement sa part, mais aussi la crème, que lui donne son mari. Intoxication de forme moyenne, qui force la malade à s'aliter. L'apparition tardive survient le mardi 20. Guérison encore incomplète au 1er juillet. Durée de la maladie : au moins 12 jours » (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 9).

Là, de même, l'ingestion de crème a produit :

En quantité minime : 2 cas très-légers.	M. M., malade 1 jour. M. S., malade 1 jour.
En quantité assez forte : 1 cas léger	Mme S., malade 8 jours.
En forte quantité : 1 cas moyen	Mme M., malade 12 jours (au moins).

— « Les époux F. mangent à leur déjeuner, le dimanche 18 juin, chacun une forte part d'un Saint-Honoré ; le soir, Mme F. en reprend une part, qu'elle consomme au dîner.

M. F., 31 ans, a mangé une seule part du gâteau. Intoxication de forme légère, qui débute tardivement, dans la nuit du lundi au mardi. Il garde le lit un jour. Guérison le jeudi 22 juin. Durée de la maladie : 2 jours.

Mme F., 25 ans, a consommé double part. Intoxication d'intensité moyenne, qui débute dès le lundi matin. La malade garde le lit. Guérison le 24 juin. Durée de la maladie : 6 jours » (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 10).

— « Le lundi 18 juin, au déjeuner, Mlle H. prend une toute petite moitié d'un marignan, qu'elle vient de partager, et donne à sa sœur, Mme A., l'autre moitié.

Mlle H., 25 ans, n'est que légèrement malade. Atteinte des symptômes habituels dans la nuit du lundi au mardi, elle est guérie le samedi 24. Durée de la maladie : 4 jours.

Mme A., 25 ans, a bénéficié d'une part de crème plus forte. L'intoxication de forme moyenne par l'intensité des symptômes débute le lundi matin. La malade doit garder le lit jusqu'au 24 juin. Durée de la maladie : au moins 6 jours » (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 6).

Autre exemple tiré du même groupe :

— « Mme H., 48 ans, donne la crème d'un marignan à sa petite fille âgée de 21 mois. Elle-même mange la pâte du gâteau avec le peu de crème dont elle est restée enduite.

Résultats : Mme H. n'éprouve d'autres accidents qu'une diarrhée légère.

Sa petite fille, beaucoup plus malade, n'est guérie que le 28 juin. A cette date, son état très précaire encore nécessite son envoi à la campagne » (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 6).

— « Mme S., 48 ans, mange à son dîner, le dimanche 31 août, la crème d'une petite charlotte, dont elle donne les biscuits à sa bonne, Mlle G. Ici encore il y a un rapport évident entre la gravité des accidents ultérieurs et la quantité de crème ingérée :

L'intoxication est légère chez la bonne, tout se borne à une diarrhée modérée apparue le lundi matin et terminée le mercredi suivant. Durée de la maladie : 3 jours.

L'intoxication est au contraire de gravité moyenne chez Mme S., qui a mangé presque toute la crème : les symptômes qui débutent le lundi matin sont sérieux et forcent la malade à garder le lit pendant 5 jours. Mais la guérison n'était pas complète le 12 septembre. Durée de la maladie : 12 jours (au minimum) ». (Auteuil, 1902 ; groupe 5).

On peut reprocher à nos exemples leur petit nombre ; on ne saurait du moins leur refuser la force démonstrative : à notre avis, ils valent des preuves. Il est cependant une remarque, qui en accroît encore singulièrement la portée : dans cette affaire de Saint-Mandé, où nous les avons puisées presque toutes, 5 observations seulement offraient à nos recherches toutes les garanties d'exactitude indispensables ; or, sur ces 5 observations, cette corrélation, dont nous discutons l'existence, s'est montrée quatre fois rigoureusement établie.

Confirmée par un tel faisceau de preuves, la

réalité de cette corrélation nous semble indiscutable.

4° *Chez les individus, qui ont consommé chacun leur gâteau, chacun un éclair par exemple, la gravité des accidents toxiques, qu'on observe, peut n'être pas de même degré, malgré l'égalité du volume de crème ingérée ; elle est même le plus souvent de degré très inégal.*

A l'appui de cette constatation les exemples abondent, et nous ne pouvons qu'en citer quelques-uns :

Mme C., pour 1 éclair au chocolat : empoisonnement léger (Auteuil, 1902 ; groupe 10).

Mme R., pour 1 éclair au café : emp. léger.

M R., pour 1 éclair au café : emp. moyen (Auteuil, 1902 ; groupe 9).

Mme L., pour 1 éclair : empoisonnement grave (Auteuil, 1902 ; groupe 14).

Enfant G., pour 1 éclair au café : empois. mortel (Auteuil, 1902 ; groupe 13).

M. V., pour 1 chou à la crème : empois. très-léger.

Enfant V., pour 1 chou à la crème : empois. grave (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 2).

M. C., pour 1 chou à la crème : empois. grave (Faubourg Saint-Denis, 1904 ; groupe 2).

Enfant R., pour 1 chou à la crème : empois. grave (Faubourg Saint-Denis, 1904 ; groupe 4).

Mlle D., pour un chou à la crème : empois. mortel (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 13).

C'est, nous l'avons vu, en se basant sur ces constatations, que les observateurs avaient, pour la plupart, nié toute corrélation entre la quantité de crème ingérée et l'intensité des accidents consécutifs.

Pour nous, ces anomalies ne sont qu'apparentes et s'évanouissent à l'examen. Point n'est besoin, pour les expliquer, d'invoquer cette variabilité des résistances individuelles, dont on a vraiment trop abusé ; bien qu'elle ne soit pas négligeable, comme nous le verrons, elle semble cependant insuffisante à faire comprendre qu'un chou ait pu tuer une personne, alors qu'un autre chou n'a causé au consommateur qu'une diarrhée insignifiante.

A notre avis, l'explication en est simple : si, dans un cas, un chou a pu entraîner la mort ; si, dans un autre cas, un chou n'a causé que des accidents légers, c'est que les crèmes qu'ils contenaient en quantité égale étaient d'inégale virulence. La résistance individuelle des victimes a pu intervenir dans une certaine mesure pour accroître ou pour atténuer les effets du poison, mais non pas jusqu'à ces limites extrêmes. Seule, l'hypothèse des virulences inégales est capable d'expliquer cette diversité d'action.

Elle a contre elle, il est vrai, le tort d'être invérifiable en l'état actuel des choses ; mais elle a pour elle qu'elle se déduit avec logique des faits, que nous avons constatés dans l'article

précédent. Nous y avons montré qu'une même crème produit, chez ceux qui la consomment : à volume égal, des effets égaux ; à volumes inégaux, des effets d'intensité proportionnelle, parce que sa valeur toxique est identique pour tous. Nous en devons déduire, dans le cas qui nous occupe, que si deux choux de même poids ont pu causer l'un la mort, l'autre des accidents légers, c'est que la virulence de leur contenu était de degré différent. Ainsi envisagées, ces diversités d'action n'apparaissent plus comme des anomalies ; elles sont comme le corollaire obligé du principe de corrélation, que nous avons établi.

§ 2. — Particularités étiologiques qui modifient les règles précédentes

Voilà les règles posées ; voyons les exceptions. Elles sont, à vrai dire, nombreuses dans ces trois affaires d'Auteuil, du Faubourg Saint-Denis et de Saint-Mandé ; mais elles sont loin d'avoir toutes la même valeur infirmative : quelques-unes seulement méritent ce nom, par le démenti qu'elles semblent porter à ces règles, — elles sont d'ailleurs, hâtons-nous de le dire, des plus contestables — ; les autres sont plutôt des cas particuliers en rapport avec des particularités étiologiques.

Il convient d'étudier séparément ces deux groupes.

A. — EXCEPTIONS

Immunité. — Les seules exceptions, que nous présentent les trois affaires d'Auteuil, du Faubourg Saint-Denis et de Saint-Mandé, se bornent à quelques cas susceptibles d'être interprétés comme des exemples d'immunité vis-à-vis des crèmes toxiques :

« Le mercredi 27 août, dans une soirée, Mme B. fait servir une demi-livre de carolines (petits-éclairs) au café et au chocolat achetés chez le pâtissier X., et des petits gâteaux secs de provenance différente. Les personnes réunies sont au nombre de douze. Deux d'entre elles ne mangent que des gâteaux secs. Les dix autres, qui consomment des carolines sont toutes — sauf une, Mme E., — malades ultérieurement » (Auteuil, 1902 ; groupe 1).

« Le boulanger L. est dépositaire du pâtissier X. Le soir du dimanche 31 août, comme il lui reste pour compte un certain nombre des éclairs que X. lui a fournis le matin, L., sa femme, son fils, sa fille et la bonne en mangent chacun un au dîner. En outre, il en donne trois ou quatre à la porteuse de pain, qui les emporte pour sa fille. Tous les membres de la famille L., la bonne, ainsi que la fille de la porteuse de pain ont été malades. Seul, le fils L., 15 ans 1/2, n'a éprouvé aucun malaise » (Auteuil, 1902 ; groupe 14).

« Les époux C invitent à déjeuner cinq personnes, le dimanche 31 août, et font servir au dessert : un éclair au chocolat, plusieurs éclairs au café et des gâteaux secs. Quatre des convives mangent les éclairs au café et restent indemnes. Seule, Mme C. qui a mangé l'éclair au chocolat, présente par la

suite des symptômes d'empoisonnement » (Auteuil, 1902 ; groupe 10).

C'est en s'appuyant sur des observations analogues, qu'on a admis l'existence d'une immunité spéciale relative aux crèmes toxiques. Cette opinion nous semble très-contestable. C'est que, pour affirmer l'immunité d'un individu, il ne suffit pas de montrer qu'il est resté indemne, il faut être en droit d'affirmer que le gâteau mangé par lui était toxique. Or, rien ne le prouve ; la coexistence d'autres gâteaux toxiques sur la même table n'en est nullement la preuve. Ce qu'on en peut conclure seulement c'est que, à côté de gâteaux d'une nocivité certaine, il y avait des gâteaux inoffensifs.

Et en vérité cette conclusion est la seule qui soit légitime, si l'on veut bien songer que le jour et à l'heure, où les gâteaux nuisibles étaient mis en vente, le pâtissier en vendait beaucoup d'autres d'une innocuité attestée par de nombreux exemples :

« Mme B. achète le 27 août, chez le pâtissier X. des religieuses à la crème, qu'elle mange en famille ce même jour. Cinq personnes en consomment ; aucune n'est malade par la suite » (Auteuil).

« M. L., qui donne un dîner le 31 août, fait servir au dessert deux douzaines de gâteaux à la crème (éclairs, charlottes et marignans) achetés ce même jour chez le pâtissier X. Aucun des nombreux convives n'est atteint d'accidents ultérieurs » (Auteuil).

« Le Docteur L. et ses dix invités mangent, le 31 août, dix-huit éclairs achetés chez le pâtissier X. Les onze convives restent indemnes » (Auteuil).

L'innocuité de ces gâteaux n'est pas plus contestable que la toxicité qui fut révélée par d'autres. Dès lors, n'est-il pas logique d'admettre que là, où se sont offert ces cas d'immunité étrange, il y avait simplement mélange de gâteaux toxiques et de gâteaux inoffensifs ?

Ce qui confirme encore cette interprétation, c'est que cette immunité ne s'observe que chez ceux, qui ont consommé chacun leur gâteau Jamais on ne la rencontre parmi les co-partageants d'un même gâteau, — circonstance d'autant plus regrettable que l'intégrité de l'un, en contraste avec l'atteinte des autres, serait la meilleure preuve de son immunité. Un cas, unique d'ailleurs parmi ceux dont nous disposons, nous offre bien, à vrai dire, des exemples de cette intégrité conservée dans les conditions requises ; mais nous allons voir combien il est suspect pour peu qu'on l'analyse :

« Le lundi 16 mai, Mme M. fait acheter chez X. un Saint-Honoré pour le goûter de 4 heures. A ce goûter prennent part huit personnes, qui toutes mangent du gâteau : quatre d'entre elles sont atteintes d'accidents ultérieurs ; les quatre autres, parmi lesquelles il y a deux enfants de 5 ans et de 7 ans, restent indemnes » (Faubourg Saint-Denis, 1904 ; groupe 5).

Si l'on se borne à ces faits, l'existence d'une immunité spéciale s'impose. Il n'en est plus de même quand on en vient aux détails. L'interrogatoire des malades en effet nous apprend que le Saint-Honoré a d'abord été partagé en deux moitiés : l'une d'elles, subdivisée en quatre parts, a intoxiqué les quatre personnes auxquelles elle a été distribuée ; l'autre, répartie également en quatre parts, n'a causé aucun trouble aux quatre personnes, qui l'ont consommée. Voilà donc une immunité qui s'exercerait de façon élective sur deux enfants : première anomalie, puisque le jeune âge constitue plutôt un facteur de gravité ; qui s'étendrait à quatre personnes sur huit : seconde anomalie, car cette forte proportion est incompatible avec son caractère exceptionnel ; qui enfin se limiterait strictement aux seuls consommateurs qui aient ce trait commun d'avoir mangé de la même moitié du gâteau : troisième anomalie, cette fois tellement grave qu'elle équivaut à une réfutation. Ici, comme ailleurs, l'hypothèse d'une immunité spéciale, déjà inintelligible en elle-même, ne supporte pas l'examen. Il n'est qu'une explication conciliable avec ces particularités, c'est d'admettre avec M. Courtois-Suffit que le poison, inégalement réparti dans la crème, faisait défaut dans cette moitié du Saint-Honoré, qui n'a donné lieu à aucun accident.

B. — CAS PARTICULIERS

En énonçant les règles générales, auxquelles obéit l'évolution des phénomènes toxiques, nous avons dû, pour être clair, leur imposer une précision qui ne répond pas toujours à la réalité des faits. C'est qu'il en est du poison des crèmes comme des autres agents toxiques : tous les organismes ne lui opposent pas une résistance uniforme. Chez les adultes en état de santé normal, la valeur de cette résistance demeure assez voisine pour n'entraîner que des inégalités négligeables dans leurs modes de réaction au poison ; mais chez d'autres individus, elle peut être plus faible ou devenir moindre, sous l'influence de certaines causes, et par suite, créer au poison des conditions spéciales, qui en accentuent les effets.

C'est ainsi que s'expliquent les cas particuliers, que nous aurons à signaler. Sans doute, il en est plus d'un parmi eux où le rôle de la moindre résistance est impossible à mettre en évidence. La faute en est, non à la théorie, mais à l'ignorance où nous sommes trop souvent de l'état des individus au moment de l'atteinte toxique et avant cette atteinte. Il suffit que ce rôle soit nettement établi dans quelques-uns de ces cas, pour qu'il soit permis de l'affirmer dans les autres.

Les causes capables d'amoindrir la résistance

individuelle, et de créer par suite une réceptivité plus grande au poison des crèmes, sont relatives au sexe, à l'âge, à l'état de santé antérieur.

Sexe. — Si l'on attribue le coefficient 1 au degré le plus léger de l'intoxication ; le coefficient 5 à son degré mortel ; les coefficients 2, 3 et 4, à ses degrés intermédiaires : léger, moyen et grave, on trouve comme chiffres de gravité moyenne :

Pour l'homme (sur 40 cas, compris les jeunes garçons) : 2,37 ;

Pour la femme (sur 75 cas, compris les petites filles) : 2,48.

La différence, déjà sensible, s'accentue grandement, si l'on ne met en ligne de compte que des individus au-dessus de 15 ans. Les valeurs précédentes deviennent alors :

Pour l'homme (sur 28 cas) : 2,06 ;

Pour la femme (sur 65 cas) : 2,47.

Ajoutons encore que les 28 cas masculins ont tous abouti à la guérison, tandis que sur les 65 cas féminins, il y a eu 4 décès.

Il semblerait, d'après ces chiffres et d'après la fréquence relative des cas mortels observés chez la femme, qu'on soit en droit d'attribuer à son sexe la valeur d'une cause de moindre résistance. Ce serait une erreur, croyons-nous. Cette inégalité des moyennes de l'homme et de la femme peut s'expliquer de façon très banale par

l'inégal attrait, qu'ils ont pour les pâtisseries : tandis que les femmes en font volontiers abus, les hommes le plus souvent n'en usent qu'avec réserve ; il suffit de parcourir quelques observations pour s'en rendre compte (1). Rien d'étonnant dès lors qu'ils soient en général plus faiblement atteints que les femmes ; leur discrétion même est leur sauvegarde.

Une preuve qui confirme cette opinion, c'est le résultat remarquable qu'on obtient si l'on fait intervenir les enfants dans ces deux moyennes : celle des femmes, malgré l'appoint des fillettes, demeure invariable ; celle des hommes au contraire se modifie profondément et tend à égaler la précédente. C'est que, si l'homme adulte est peu friand des mets sucrés, il n'en est pas ainsi du jeune garçon ; la moyenne masculine s'en accroît d'autant, l'abus de l'un compensant le dédain de l'autre. En revanche, la moyenne féminine n'a nulle raison de se modifier, parce que, à l'âge adulte, la femme conserve les goûts de son enfance pour les pâtisseries.

Le sexe féminin n'est donc pas le facteur de gravité qu'il semblait être à première vue; mais il faut reconnaître qu'à certains égards il peut rendre l'organisme plus vulnérable au poison : le mauvais état des voies digestives, si fréquent

1. Cf. Saint-Mandé, groupe 1, groupe 5, groupe 9.

chez la femme, la menstruation, la gravidité sont autant de causes de moindre résistance.

Age. — Le *jeune âge* est facteur de gravité dans les empoisonnements dus aux pâtisseries. Sur 11 cas d'intoxication survenus chez de jeunes garçons dont l'âge n'atteint pas 15 ans, nous trouvons :

1 cas léger (7 ans);

8 cas moyens (21 mois, 5, 5, 6, 8, 9, 9, 11 1/2 ans);

1 cas grave (7 ans);

1 cas mortel (6 ans).

La moyenne de gravité, comparée à celle des hommes adultes qui n'est que 2,06, atteint donc chez les jeunes garçons un chiffre réellement élevé : 3,18.

Les 8 cas d'intoxication survenus chez des fillettes se décomposent ainsi :

1 cas très-léger (4 1/2 ans);

3 cas légers (10, 12 1/2, 13 ans);

3 cas moyens (5, 7 1/2, 11 ans);

1 cas grave (7 ans).

La moyenne de gravité, assez élevée ici encore, atteint le chiffre 2,5. Elle l'est en réalité davantage si, comme il est juste, on retranche du compte le cas très-léger d'une fillette (1) qui n'avait ingéré qu'une parcelle de gâteau. Le

1. Saint-Mandé, 1905; groupe 3 : cas de Suzanne P.

chiffre moyen devient alors : 2,71 -- chiffre encore inférieur à celui des garçons, contrairement à ce qui s'observe chez les adultes hommes et femmes.

Filles et garçons réunis fournissent une moyenne globale de 2,89; une mortalité globale de 5,26 0/0.

Pourquoi le jeune âge constitue-t-il une cause de moindre résistance vis-à-vis du poison des crèmes? Sans doute pour les mêmes raisons qu'il favorise les nombreuses maladies, qui sont le fâcheux apanage de l'enfance. En laissant de côté les hypothèses, il est une raison vraisemblable capable d'expliquer la gravité des effets du poison sur ces jeunes organismes; c'est leur petitesse même, ou, pour être plus précis : le poids minime de substance vivante, qu'ils représentent. Que deux individus, homme et enfant, ingèrent une même dose de toxique; cette dose sera d'autant plus active que sa répartition sera moindre : par suite, c'est l'enfant qui sera le plus atteint. Cela nous explique des faits comme les suivants :

« Le mercredi 27 août, un Saint-Honoré est consommé au dîner par différents membres de la famille L.

Chez M. L., père, tout se borne à une très-légère diarrhée apparue dans l'après-midi du jeudi et terminée le lendemain soir.

Au contraire, ses trois enfants, âgés respectivement de 5, 7 et 15 ans, sont beaucoup plus atteints, en particulier le plus

jeune, dont les symptômes aigus se prolongent jusqu'au jeudi 4 septembre » (Auteuil, 1902 ; groupe 2).

« Chez Mme M., quatre personnes sont malades après avoir consommé un Saint Honoré : trois d'entre elles, précisément trois adultes, ne sont malades que légèrement. Une seule, une fillette de 11 ans, est sérieusement souffrante » (Faubourg Saint Denis, 1904 ; groupe 5).

Ces deux exemples sont précieux, parce qu'ils permettent d'évaluer comparativement chez l'adulte et chez l'enfant les effets d'une crème, dont la virulence est égale pour les deux. Or, dans ces conditions de justesse suffisante, ils semblent démontrer nettement que l'intensité des effets du poison est en raison inverse du poids des sujets, ou, ce qui revient au même, de leur âge.

Evidemment, il serait illicite d'étendre ces conclusions à tous les empoisonnements d'enfants, que nous présentent les affaires d'Auteuil, du Faubourg Saint-Denis et de Saint-Mandé. Souvent en effet ils reconnaissent pour cause l'ingestion de gâteaux indivis, éclairs ou choux à la crème, dont la valeur toxique n'est pas nécessairement celle des gâteaux de même sorte mangés dans l'entourage, et, par suite, nous demeure inconnue. Pourtant, la gravité presque constante, qu'ils ont revêtue, tandis que chez les adultes elle était des plus variable, semble, par sa constance même, indiquer qu'elle est due moins à la valeur intrinsèque de la crème, qu'à

la réceptivité particulière des sujets. Voici, par exemple, un homme de 43 ans et son fils âgé de 7 ans, qui consomment chacun un chou à la crème ; l'empoisonnement survient chez tous les deux : il est si léger chez le père, qu'il n'interrompt point son travail ; chez l'enfant au contraire il est si grave, qu'il met sa vie en péril (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 2).

Ailleurs, ce sont deux fillettes de 5 et de 7 ans qui mangent chacune un marignan : elles sont sérieusement souffrantes par la suite, tandis que leur mère, qui en consomme deux, n'est que très-légèrement atteinte (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 3).

On pourrait multiplier les citations.

Certes, ces exemples ne sont pas des preuves, puisqu'ils laissent ignorer la valeur respective des crèmes ingérées ; pourtant, il semble bien résulter de leur concordance que là, où réagit faiblement l'adulte, l'enfant réagit à un degré supérieur et que son minimum est la forme moyenne. Même dans les empoisonnements, dont la mort est la terminaison, ce surcroît de gravité s'observe encore chez lui : une vieille femme de 70 ans, quoique déjà malade, met onze jours à mourir ; une jeune fille de 17 ans ne succombe qu'au cours du troisième jour ; en revanche, un enfant de 6 ans, le jeune G., meurt en moins de 30 heures.

Le rôle aggravant, que joue le jeune âge dans

ces empoisonnements, ne saurait donc faire de doute ; mais il est impossible d'en exprimer la valeur par un coefficient exact, la variabilité étant sa condition même. Ce qu'on peut dire, c'est qu'il est d'autant plus grand, que l'enfant est plus jeune, et qu'il est généralement inégal d'un sujet à l'autre en raison des influences morbides qui peuvent s'exercer concurremment sur l'organisme.

La vieillesse, elle aussi, est facteur de gravité vis-à-vis des empoisonnements par les crèmes, et facteur fort important si l'on en juge d'après les 9 cas féminins, que nous avons pu réunir. Ces 9 cas se répartissent ainsi :

1 seul cas léger (58 ans) ;
4 cas moyens (50, 55, 60, 60 ans) ;
2 cas graves (52, 57 ans) ;
2 cas mortels (51, 70 ans) ;

Soit, comme moyenne de gravité, le chiffre très-élevé : 3,55 et une mortalité considérable de 22,2 0/0.

Il est impossible de faire ces mêmes recherches chez l'homme, du moins avec les cas, que nous possédons Tous en effet, sauf 1 (1), sont d'une bénignité dont on ne saurait conclure, car ils concernent des vieillards n'ayant consommé que des parcelles insignifiantes de gâteau. On

1. Auteuil, 1902 ; groupe 9 : cas de M. R., 75 ans.

peut toutefois admettre qu'à égalité de crème ingérée l'atteinte toxique serait chez l'homme de même valeur que chez la femme.

Comment expliquer cette réceptivité si grande des vieillards ? car on ne saurait invoquer pour eux les raisons, que nous avons admises pour les jeunes. En réalité, la cause en est simple et facile à saisir : la moindre résistance du vieillard au poison est la conséquence logique et nécessaire de la déchéance organique, qui frappe tout être au déclin de la vie. Cette déchéance, qui d'ailleurs n'est pas toujours en rapport avec l'âge et qui peut n'apparaître que tard chez quelques privilégiés, atteint de façon prédominante le système cardio-vasculaire et ces fonctions d'élimination, dont le rôle si capital est de débarrasser l'organisme des poisons qu'il reçoit et qu'il fabrique. En somme, on peut dire que la vieillesse crée chez l'individu un état d'insuffisance fonctionnelle, qui se traduit par un moindre pouvoir de réagir contre l'action nocive du poison. Ainsi s'explique que des doses, qui seraient assez bien tolérées par des homme jeunes, produisent chez lui des troubles graves, souvent même mortels.

La réceptivité du vieillard s'accroît avec les progrès de l'âge, comme sa résistance décline. Elle est d'ailleurs grandement favorisée par les affections aiguës ou chroniques : le cas de Mme T., 70 ans, morte 11 jours après l'inges-

tion d'un chou à la crème, en est un remarquable exemple. Nous l'examinerons à l'article suivant, où sa place nous semble mieux indiquée qu'ici.

Etat de la santé. — Toute atteinte à la santé est pour l'organisme une diminution de son pouvoir de résistance au poison, et par suite aggrave l'empoisonnement dans une mesure qui peut être importante, mais qui n'est jamais négligeable.

Même fugitive et légère, l'influence morbide qui vient rompre tout à coup l'équilibre normal, suffit à précipiter les effets d'une intoxication restée latente jusqu'alors. En voici un exemple :

« M. B., 40 ans, qui consomme le dimanche soir 15 mai, une forte part d'un Saint-Honoré, ne ressent rien de fâcheux pendant la nuit. Il se sent même si dispos le lundi, qu'il monte à bicyclette et s'en va excursionner dans la campagne. Jusqu'au soir, sa santé demeure excellente ; mais, à 5 heures, altéré par sa course et par la chaleur de l'air, il entre dans un café et se fait servir une boisson glacée, qu'il boit d'un trait. Il n'en faut pas davantage ; l'intoxication en imminence se réalise : il ressent aussitôt, dit il, comme un choc dans les flancs et derrière la tête. Il regagne péniblement son logis, où il est à peine arrivé, que les symptômes caractéristiques apparaissent » (Faub. Saint-Denis, 1904 ; groupe 3).

La marche, le trajet qu'on effectue pour rentrer chez soi, après avoir dîné en ville, la lassitude qui s'ensuit et peut-être aussi le trouble subi dans les habitudes alimentaires semblent accroître et hâter les effets des crèmes toxiques.

Du moins ces effets sont en général plus prompts et plus marqués chez les invités, que chez leurs hôtes.

« Ainsi Mme I. L., qui va dîner chez des parents, et qui consomme avec eux un Saint-Honoré, est beaucoup plus atteinte, que ceux-ci, bien qu'elle n'ait mangé qu'une très petite part du gâteau, et elle se sent souffrante pendant le trajet, qu'elle accomplit pour rentrer chez elle » (Faub. Saint-Denis, 1904 ; groupe 1).

« Les invités qui sont allés dîner dans la famille B., présentent des symptômes plus accentués que les divers membres de cette famille, qui pourtant ont consommé un nombre double de gâteaux toxiques » (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 3).

« Un jeune homme, M. D , qui consomme un marignan chez des personnes à qui il rend visite, est plus sérieusement atteint que ces personnes, qui ont mangé les mêmes gâteaux au déjeuner de midi » (Saint Mandé, 1905 ; groupe 6).

Sans doute, ce sont là des nuances, et l'on peut, pour les expliquer, invoquer d'autres causes. Il est des cas cependant où le rôle aggravant de la *fatigue musculaire* semble être incontestable :

« M. C., frotteur de parquets, qui a mangé, le dimanche 18 juin, une part de Saint-Honoré, ressent le lendemain matin, à l'heure de son lever, des malaises qui se bornent à un vomissement, de rares coliques et un peu de diarrhée. Vers 8 heures ces symptômes s'atténuent, et M. C., qui se sent bien mieux, se rend à son travail. Mais vers midi — sous l'influence évidente de la fatigue — reparaissent des symptômes dont la violence l'oblige à regagner son logis. Il se couche et doit garder le lit pendant 8 jours.

Même remarque à propos de sa femme : après une légère

atteinte ressentie dès le dimanche soir, elle se trouve si bien rétablie le lendemain, que toute la journée elle vaque à ses occupations habituelles. Le mardi, les accidents récidivent » (Saint Mandé, 1905 ; groupe 7).

« M. D., 15 ans, après ingestion d'un marignan, est atteint le 19 juin d'accidents sérieux, qui le forcent à s'aliter. Le 28 juin, se sentant mieux, il quitte son lit : une rechute violente l'y ramène dès le lendemain. Trois autres tentatives semblables ont le même succès. Ce n'est que le 9 juillet qu'il peut se lever définitivement » (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 6).

Mais, quel que soit le rôle de ces facteurs, il est loin d'égaler celui des *affections aiguës* ou *chroniques*, et des *états morbides* mal définis qui sont souvent la conséquence des premières.

On a signalé (1) des cas d'empoisonnement mortels chez des enfants qui avaient été antérieurement atteints de *fièvres éruptives*, de *crises d'appendicite* ou de *troubles intestinaux d'origine parasitaire*.

Les *affections chroniques des voies respiratoires* favorisent grandement les effets du poison, par l'atteinte qu'elles portent à l'état général ; chez le vieillard, en particulier, elles rendent très-sombre le pronostic de l'empoisonnement, ainsi qu'en témoigne le cas suivant :

« Mme T., 70 ans, souffrait depuis de longues années d'une bronchite chronique compliquée d'emphysème pulmonaire. En proie à une dyspnée continuelle, même au repos, elle éprouvait des accès d'étouffement au moindre effort, et elle avait

1. Le Coq, thèse de Paris, 1906, page 74.

dû, quatre ans auparavant, renoncer à ses sorties quotidiennes. Elle se levait cependant et s'alimentait de façon à peu près normale.

Le dimanche 31 août, après avoir déjeuné de bon appétit, elle mange un chou à la crème. Déjà un peu souffrante dans la soirée, elle se couche sans dîner. Dans la nuit, vers 2 heures du matin, les symptômes caractéristiques d'un empoisonnement se déclarent ; après une durée de onze jours, ils se terminent par la mort » (Auteuil, 1902 ; groupe 5).

La part du terrain morbide est ici d'une telle importance, qu'on peut vraiment se demander si elle n'excède pas celle du poison même. Cette vitalité prodigieuse, dont fit preuve cet organisme pourtant si compromis par la vieillesse et la maladie, prouve assez qu'à lui seul le poison n'eût pu en venir à bout.

Les *maladies du cœur*, et en particulier celles qui intéressent la fibre cardiaque, sont une cause évidente de moindre résistance, car l'état précaire du myocarde le rend vulnérable à des doses minimes de poison.

Les *affections du foie*, qui ont pour effet d'altérer ses fonctions cellulaires réduisent par là même sa valeur antitoxique et déterminent ainsi, chez les individus qui en sont porteurs, une susceptibilité plus grande au poison des crèmes.

Mais, si important que soit le rôle de ces maladies sur l'évolution des empoisonnements,

qui nous occupent, il ne peut être mis de pair avec celui des deux groupes d'affections qu'il nous reste à examiner : les *affections du rein* et les *affections du tube digestif*.

Exception faite des cas où l'intoxication revêt une forme foudroyante, on peut dire que la gravité des accidents toxiques dépend de l'intégrité du filtre rénal. Or, sans parler des affections primitives du rein, nombreuses sont les maladies qui ont sur cet organe un retentissement fâcheux et qui, même après leur guérison, le laissent amoindri dans sa valeur et incapable du moindre surmenage fonctionnel. Et cela est vrai pour l'enfant, comme pour le jeune homme. Dans la vieillesse, qui est précisément l'âge de la vie où l'empoisonnement revêt un caractère si grave, ces altérations sont plus fréquentes encore, au point qu'il est rare, dans les autopsies de vieillards, de rencontrer des reins parfaitement sains.

Ces lésions passent très souvent inaperçues pendant la vie ; elles sont latentes et demeurent telles, tant que le rein n'a pas à fournir un surcroît de travail. Survienne un empoisonnement, l'activité nouvelle qui lui est imposée, et, plus encore, l'action directe du poison sur ses éléments déjà touchés achèvent de le désorganiser ; l'insuffisance rénale se réalise. Le poison, retenu dans l'économie, va prolonger sur elle ses effets pernicieux, auxquels vont venir s'ajouter ceux

des toxines, que l'organisme ne cesse de fabriquer et n'élimine plus.

Et ce rôle des lésions rénales anciennes, aggravées soudain par le poison et devenant, en retour, facteur de gravité, n'est plus une hypothèse si l'on songe aux désordres que ce poison peut produire sur des reins parfaitement sains, et aux conséquences qui résultent de leur atteinte : à l'autopsie qu'il pratiqua sur le cadavre de Mlle D., jeune fille de 17 ans (1), M. Thoinot trouva des lésions de néphrite aiguë, que l'anurie observée pendant les dernières heures, qui précédèrent la mort, permettait déjà de soupçonner. Il serait hasardeux, sans doute, d'imputer à la néphrite seule ce dénouement fatal, mais il est impossible de nier qu'elle y ait pris une part importante en diminuant d'abord, puis en empêchant l'élimination du poison.

Non moins capitale est l'influence qu'exercent les *affections du tube digestif* sur l'évolution des empoisonnements par gâteaux à la crème. Première barrière opposée au poison, la muqueuse digestive n'a d'efficacité contre son envahissement, qu'autant qu'elle est saine. Est-elle au contraire chroniquement lésée, est-elle affaiblie momentanément par une affection passagère, même bénigne, ses éléments incapables de réa-

1. Saint-Mandé, 1905 ; groupe 13.

gir cèdent à la première atteinte du toxique et le laissent pénétrer à dose massive dans un organisme d'autant plus vulnérable, qu'il n'est pas préparé à la résistance. Aussi a-t-on signalé des cas mortels survenus chez des individus qui avaient antérieurement présenté des troubles digestifs. Plusieurs cas rapportés dans nos observations doivent manifestement leur gravité à cette même cause :

Ainsi, la petite L., 7 ans, de santé délicate et qui est sujette aux dérangements intestinaux, est très-gravement malade après avoir mangé deux éclairs (Auteuil, 1902 ; groupe 11).

Mme L., qui consomme une part de Saint-Honoré, présente des symptômes d'empoisonnement bien plus accentués que ceux de son mari, qui a mangé lui aussi une part du gâteau ; — mais elle a fréquemment des maux d'estomac, et elle en a eu encore le jour où elle a mangé la crème toxique (Auteuil, 1902 ; groupe 2).

M. C., un homme de 30 ans, très-robuste, mais en revanche très-sujet à des diarrhées passagères, mange un chou à la crème après son dîner. Il ressent les premiers malaises dans la nuit, et son état est si alarmant pendant quelques jours, qu'on a pu craindre un dénouement fatal (Faubourg Saint-Denis, 1904 ; groupe 2).

Enfin, dans un cas, qui fut suivi de mort, le cas de Mme G., c'est à cette cause encore qu'il faut accorder la part prépondérante, mais il semble qu'elle ne doive pas être seule incriminée. Ce cas mérite d'être examiné un peu à fond.

« Mme G., 37 ans, d'une santé assez délicate, malgré son extérieur robuste, était en outre sujette à de fréquentes indispositions, dont la nature ne nous est pas connue. Le dimanche 15 mai, elle part à la campagne avec son mari ; ils y déjeunent à midi. A ce repas figure entre autres mets un poulet aux champignons, qui n'a pas été sans influence sur les accidents ultérieurs. En effet, pendant la promenade qui suivit, peut-être sous l'action associée de la fatigue et de la chaleur, des malaises apparaissent chez Mme G. Elle se plaint de lourdeurs d'estomac et de coliques légères, qu'elle attribue à ce mets aux champignons. Un peu de repos améliore ces malaises ; les époux rentrent à Paris et regagnent leur domicile à l'heure du dîner. C'est alors qu'ils consomment chacun une part égale de ce Saint-Honoré, qui devait avoir pour chacun d'eux des conséquences si différentes : tandis que M. G. ne présente que des symptômes très bénins et d'une apparition tardive, Mme G. est prise dans la nuit même, vers 2 heures du matin, de coliques légères suivies d'un peu de diarrhée, puis, vers 7 heures, de vomissements provoqués par les boissons, qu'on lui fait prendre. Du lundi midi jusqu'au mardi matin, tous ces signes, en somme assez légers, s'évanouissent. Mais ils reparaissent ce même jour, s'accentuent rapidement et se terminent par la mort le mercredi 18 mai, à 5 heures du soir » (Faubourg Saint-Denis, groupe 9).

L'autopsie pratiquée par MM. Thoinot et Courtois-Suffit révéla, outre les lésions dues à l'empoisonnement, des lésions anciennes de tuberculose pulmonaire, des lésions utérines que la putréfaction de l'organe ne permit pas d'interpréter, et des plaques d'athérôme disséminées sur l'aorte jusqu'au voisinage du cœur.

Ces doubles notions, que nous fournissent l'autopsie et les commémoratifs, rendent intelli-

gibles, il nous semble, ces différences de gravité, que revêtit l'empoisonnement chez chacun des époux : tandis que M. G. jouissait d'une santé excellente, Mme G. était chroniquement en état de moindre résistance manifeste ; la fatigue de la marche et surtout ces troubles digestifs, qui survinrent pendant sa promenade, achevèrent d'épuiser cet organisme affaibli et le livrèrent, incapable de réagir, à l'action du poison.

PATHOGÉNIE

A quel agent les crèmes doivent-elles leur toxicité ? Bien des hypothèses ont été émises à ce sujet, et ce serait sortir des limites, que nous nous sommes tracées, que de vouloir les exposer en détail. Nous nous contenterons d'en donner un aperçu aussi bref que possible, en nous aidant des travaux antérieurs qui traitent de cette question, mais sans en adopter les conclusions. Certaines idées nouvelles, que nous exposerons, semblent devoir résoudre mieux que les anciennes ce difficile problème.

On peut classer en deux groupes les diverses hypothèses émises pour expliquer la toxicité des crèmes. Nous examinerons :

1° Dans un premier groupe, *celles qui en attribuent la cause à des sels métalliques* provenant des ustensiles de fabrication ;

2° Dans un deuxième groupe, *celles qui incriminent l'un des éléments constitutifs de la crème.*

I

HYPOTHÈSES RELATIVES AUX SELS MÉTALLIQUES

L'*étain* employé pour l'étamage des ustensiles, le *plomb* substitué frauduleusement à ce métal dans l'étamage ont été parfois mis en cause ; mais le *cuivre* a subi tant d'accusations, qu'on ne peut les passer sous silence.

SELS DE CUIVRE

Tout au début, quand survinrent les premiers accidents qui mirent les esprits en éveil, on incrimina les sels, *carbonate* ou *vert-de-gris*, qui se forment sur les ustensiles de cuivre insuffisamment nettoyés. Ces composés sont d'une toxicité si faible qu'on dut abandonner cette hypothèse.

Le docteur Delthil la reprend en 1881, mais en la modifiant. Pour lui le sel suspect n'est plus le carbonate ou le vert-de-gris, qui sont insolubles, mais un *sulfate soluble* produit aux dépens du cuivre des bassines par l'*alun ammoniacal*, dont on additionne les œufs battus en neige.

Quelques mois plus tard, M. le Professeur Brouardel apporte contre cette théorie des arguments décisifs, qu'on peut résumer ainsi :

1° Il est exact que du sulfate de cuivre peut être produit par l'action de l'alun sur le métal des récipients, mais ce sel est dès sa naissance

transformé en albuminate insoluble par l'albumine des œufs.

2° En admettant, ce qui est faux, qu'il demeurât soluble, il résulte des analyses pratiquées sur les gâteaux saisis qu'il s'y trouve en quantité trop faible pour provoquer des vomissements, même chez des enfants (1 mgr. 9 à 3 mgrs : pour 60 gr. de gâteau).

3° Enfin les vomissements que le sulfate de cuivre détermine suivent immédiatement son ingestion ; les crèmes toxiques, au contraire, ne produisent ces effets qu'après un intervalle de plusieurs heures.

L'emploi de l'alun n'est d'ailleurs nullement général, et l'on a noté nombre d'intoxications par des crèmes, à la confection desquelles il n'avait pas eu part.

II

HYPOTHÈSES RELATIVES A L'UN DES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DE LA CRÈME

Eliminons d'emblée la farine et le sucre, dont la bonne qualité a toujours été reconnue. Les seuls éléments qu'on ait pu mettre en cause sont le lait, la vanille, la gélatine et les œufs.

LAIT

Le lait peut être dangereux (1) : 1° *s'il provient*

1. *Traité de Toxicologie*, par Lewin et Pouchet, page 1031.

d'animaux malades, car dans ce cas il peut contenir des *toxalbumines* ou des *bactéries pathogènes* ; 2° *s'il est infecté secondairement* par des microorganismes capables de provoquer des processus de décomposition aboutissant à la formation de *dérivés toxiques*.

L'ébullition du lait, indispensable dans la préparation de la crème cuite, suffit à parer à la première éventualité.

La seconde n'a pas même besoin d'être envisagée ; car, bien avant qu'elle se réalise, le lait serait devenu aigre et inutilisable, par suite de la transformation de son sucre en acide lactique.

Il faut donc rejeter cette hypothèse qui veut faire du lait l'élément toxique des crèmes nocives, en invoquant la production dans ce lait de *Tyrotoxine* et de *poisons du fromage*. Ces substances n'apparaissent en effet qu'au cours d'une fermentation prolongée incompatible avec un bon état de conservation du liquide.

VANILLE, VANILLINE

« Vomissements, gastralgies, évacuations de selles douloureuses (les selles sont parfois sanguinolentes), mydriase, crampes aux mollets, ainsi que cyanose et refroidissement du corps (1) », tels sont les symptômes de l'empoi-

1. *Traité de toxicologie*, Lewin-Pouchet, page 854.

sonnement par la vanilline ; ils ressemblent à s'y méprendre à ceux des intoxications dues aux crèmes. Pourtant, malgré cette similitude, il semble impossible d'attribuer, comme le veut M. Peytourcau (1), la toxicité des crèmes à la vanille ou à la vanilline, dont on les additionne.

Et d'abord, « il n'est pas exact que les gâteaux toxiques soient toujours parfumés à la vanille ; il y a de nombreux exemples du contraire, et souvent les éclairs au chocolat ou au café ont déterminé des symptômes pour le moins aussi graves » (2). Cette remarque très-juste se trouve confirmée dans nombre des cas, que nous rapportons plus loin. Il suffit de citer ici celui du jeune G., 6 ans, qui meurt empoisonné par un éclair au café (Auteuil, 1902 ; groupe 13).

Ensuite, s'il est vrai qu'une vanilline impure ait pu produire des accidents très-graves, il est difficile d'admettre que la toxicité du vanillon, seule variété qu'incrimine M. Peytoureau, soit suffisante pour réaliser ces intoxications violentes, qu'il lui impute. L'action du vanillon toxique, nous dit-il, serait « un diminutif très atténué de la strychnine ». Comment dès lors la vanille pourrait-elle, aux doses minimes de son emploi, provoquer des accidents presque foudroyants ?

On peut supposer, suivant cet auteur, qu'il se

1. Peytoureau, thèse de Bordeaux, 1902.
2. Le Coq, thèse de Paris, 1906, page 92.

forme dans la vanille avariée un alcaloïde particulier capable de produire un acide gras toxique aux dépens du lait. La formation de cet alcaloïde est une pure hypothèse ; mais, même en l'admettant, son action sur le lait n'aurait nullement pour conséquence la production d'un poison : « Les acides gras, dit M. Pouchet, même en quantité telle qu'ils produisent une sensation de cautérisation à la bouche, sont tout à fait négligeables au point de vue toxique » (1).

Enfin la vanilline elle-même, quand elle est pure, est absolument inoffensive d'après M. Ch. Girard. Or, dans un très-grand nombre d'empoisonnements par les gâteaux à la crème, l'analyse chimique a établi que la vanilline employée était d'excellente qualité.

Si d'ailleurs cette substance était responsable des empoisonnements qui nous occupent, elle eût communiqué sa nocivité non seulement aux gâteaux à la crème, mais à tous les produits pâtissiers qui en avaient fait emploi. Les faits démontrent qu'il n'en est rien : les gâteaux à crème de Saint-Honoré sont les seuls qui aient provoqué des accidents.

GÉLATINE

La gélatine du commerce, si bien préparée

1. *Traité de toxicologie*, Lewin-Pouchet, page 1030.

soit-elle, peut renfermer des germes pathogènes, en particulier le bacille du tétanos ; mais la cuisson que son emploie nécessite suffit à en assurer la stérilisation. On a du reste constaté son absence dans des crèmes, dont la toxicité n'était pas discutable.

ŒUFS

Une seule hypothèse reste possible après ces éliminations successives, c'est celle qui attribue aux œufs entrant dans la constitution de la crème le rôle de l'élément toxique. C'est aussi la seule hypothèse qui soit satisfaisante : l'emploi des blancs d'œufs à l'état cru ; l'innocuité constante de la crème cuite, qui n'en renferme pas, sa nocivité possible, au contraire, après adjonction de ces blancs d'œufs ; enfin la notion d'empoisonnements identiques à ceux qui nous occupent survenus après ingestion d'œufs à la neige, tout en un mot corrobore cette hypothèse qui est du reste à l'heure actuelle généralement admise.

Où les divergences commencent, c'est lorsqu'il s'agit d'interpréter cette toxicité des blancs d'œufs et d'en déterminer l'agent. A cet égard deux théories sont en présence ; pour l'une, la cause en est due à des poisons microbiens élaborés dans l'œuf ; pour l'autre, l'origine doit en être cherchée dans la production de

poisons métaboliques aux dépens de l'albumine altérée.

1° **Théorie microbienne.** — Pour M. Le Coq, qui soutient cette théorie, l'état de fraîcheur de l'œuf n'est que secondaire ; ce sont même le plus souvent les œufs frais (œufs de poule ou de cane) qui sont en cause dans les intoxications par les crèmes. Le point important c'est que ces œufs renferment des microorganismes, capables de leur communiquer une toxicité redoutable. Or, il n'est pas douteux que les œufs, même très frais, peuvent contenir des microbes aérobies et anaérobies (Metchnikoff). Cette introduction de germes est toujours antérieure à la formation de la coquille et elle reconnaît pour causes :

Soit les conditions septiques de l'accouplement, à la faveur duquel une certaine quantité de spores et de microbes divers peuvent se trouver emprisonnés par l'utérus, dans la partie inférieure de l'oviducte ;

Soit la contamination du blanc d'œuf lors de sa formation dans un oviducte contenant de nombreux germes pathogènes.

Moins souvent, d'après M. Le Coq, la toxicité des crèmes serait due à des œufs altérés dont la nocivité s'expliquerait alors, non seulement par les raisons invoquées précédemment, mais encore par la formation de ptomaïnes dues à l'action de ferments anaérobies.

Malgré sa rigueur apparente, cette théorie n'est pas pleinement satisfaisante, du moins en ce qui concerne les œufs frais. La septicité des organes, où l'œuf se contamine avant la formation de sa coquille, peut varier de degré, sans doute ; mais il est certain qu'elle doit exister de façon constante pour toutes les poules et pour toutes les canes pondeuses. Si donc ces germes, dont on signale la présence dans les œufs les plus frais, étaient la cause réelle des empoisonnements observés, ces empoisonnements ne seraient pas l'exception ; ils seraient nécessairement la règle. Or, des millions d'œufs frais sont consommés chaque jour impunément soit crus, soit après une cuisson trop minime pour les stériliser.

M. Le Coq tente de nous en donner une raison : c'est, nous dit-il, que le blanc d'œuf est un mauvais milieu pour le développement de ces germes ; au contraire, le sucre, le lait et surtout la gélatine, auxquels on l'ajoute pour constituer la crème, forment pour ces germes un milieu de culture des plus propices. Soit ; mais alors tous les blancs d'œufs, placés dans ces conditions, devraient devenir virulents ; autrement dit, toutes les crèmes, qui contiennent du blanc d'œuf cru, devraient être toxiques.

D'ailleurs, pour qu'il y ait culture, même dans un milieu favorable, il est un élément nécessaire, le temps ; faute de cet élément,

l'explication, que nous donne M. Le Coq, est impuissante à rendre compte de certains faits tels que celui-ci, qu'il nous rapporte (1) : des œufs à la neige sont préparés dans une famille le soir à 5 heures, et consommés une heure plus tard, à 6 heures. Ce mets, qui parut bon aux convives, qui de plus ne contenait pas de gélatine, fut pourtant assez toxique pour empoisonner gravement deux d'entre eux et pour tuer le troisième. Le temps écoulé entre la confection et l'ingestion de ce mets est si court, qu'il exclut la possibilité d'une culture microbienne.

A notre avis, les œufs capables de produire des accidents toxiques, ce sont ceux-là seuls, auxquels M. Le Coq n'attribue qu'une importance secondaire : les œufs altérés.

Et ce terme convient, biologiquement parlant, non seulement aux œufs en putréfaction manifeste, mais encore et surtout à ceux dont la décomposition, pour n'être pas appréciable à nos sens, n'en est pas moins en voie d'accomplissement. Or, il est bien certain que parmi la multitude énorme des œufs dont la pâtisserie fait emploi, des œufs à ce degré minime d'altération peuvent éventuellement se rencontrer, en dépit des précautions les plus scrupuleuses. C'est à ces œufs que les crèmes doivent les redoutables

1. Le Coq, thèse de Paris, page 48.

effets, que nous leur voyons quelquefois produire, et la théorie qu'il nous reste à exposer est la seule qui puisse nous expliquer clairement pourquoi l'altération subie par l'œuf peut être pour lui une cause de toxicité.

2° **Théorie des Poisons métaboliques** (1). — L'œuf étant un organisme vivant subit, une fois mort, les lois communes de la décomposition cadavérique. Son albumine commence alors à donner naissance à des produits de dédoublement dont la quantité et la rapidité d'apparition varieront suivant les conditions extérieures : degré de l'humidité et de la chaleur, accès de l'air et de la lumière. Cette décomposition s'effectue sous l'action des microorganismes aérobies et anaérobies contenus normalement dans l'œuf ou surajoutés après ouverture de celui-ci ; mais il semble bien qu'elle puisse s'effectuer aussi sous la seule influence des forces physiques.

Quoi qu'il en soit, les produits qui en résultent sont infiniment nombreux et instables. Très complexes d'abord, quand la décomposition ne fait que commencer, ils vont en se multipliant et en se simplifiant sans cesse jusqu'à ce qu'ils soient parvenus aux termes ultimes et définitifs de leur évolution : eau, gaz carbonique, gaz

1. Nous avons emprunté au *Traité de toxicologie* de M. le Professeur Pouchet toutes les notions et la plupart des idées, que nous exposons dans cet article.

ammoniac, etc. C'est aux différents termes de cette évolution qui commence à l'albumine pour aboutir à des combinaisons simples, que M. le Professeur Pouchet a donné le nom de *Poisons métaboliques*, qui indique à la fois leur instabilité et les propriétés toxiques d'un grand nombre d'entre eux.

Les plus toxiques sont ceux qui gardent encore la constitution des protéines, c'est-à-dire ceux qui se produisent au début de l'altération de l'albumine. A mesure que la putréfaction s'accentue, les produits de décomposition s'éloignent de plus en plus de la constitution protéique, se simplifient, deviennent de véritables bases, toxiques ou non toxiques, connues sous le nom d'*Alcaloïdes cadavériques* ou *Ptomaïnes* (1).

C'est aux poisons du type albuminoïde qu'il faut sans nul doute attribuer les accidents provoqués par la crème. Que du blanc d'œuf, en voie d'altération, vienne à être absorbé seul ou sous forme de crème, sa décomposition va subir une accélé-

1. Ces bases, aperçues pour la première fois en 1869 par M. le Professeur A. Gautier dans l'albumine de l'œuf de poule, furent retrouvées par lui dans la fibrine, 3 ans plus tard. Continuant ces beaux travaux, qui n'avaient porté jusqu'alors que sur des substances en décomposition, M. A. Gautier montra, en 1886, que ces alcaloïdes existent dans les produits normaux de la désassimilation des tissus vivants et il les décrivit sous le nom de *Leucomaïnes*.

ration soudaine, soit que les microorganismes absorbés avec lui trouvent dans le milieu intestinal des conditions favorables à leur action, soit que la température, l'humidité et les conditions chimiques de ce milieu achèvent d'ébranler la combinaison protéique déjà chancelante. Alors apparaissent des dérivés albuminoïdes doués d'activité toxique et l'empoisonnement se produit. Si la dose toxique est considérable, si la combinaison protéïque réalisée est particulièrement virulente, l'organisme atteint pourra succomber avant que ses fonctions éliminatrices l'aient débarrassé du poison, ou avant que ce poison, continuant son évolution métabolique, se soit transformé en des dérivés inoffensifs ou de toxicité atténuée. Inversement, la guérison surviendra, si la dose toxique est minime ou si le poison albuminoïde réalisé est doué d'une activité moindre.

Cette transformation toxique de l'albumine peut évidemment se trouver accomplie déjà dans la crème du gâteau, et il en est ainsi sans aucun doute dans tous ces cas d'empoisonnement où les accidents suivent de près l'ingestion du gâteau ; mais, plus souvent, l'apparition du poison ne s'accomplit qu'après l'ingestion, dans le tractus digestif, et cela nous donne la raison des incubations qu'on observe si fréquemment avant l'éclosion des symptômes. Et cela nous explique en outre pourquoi ces incubations sont de durées

variables : on conçoit en effet que les accidents éclateront d'autant plus vite après l'ingestion du gâteau, que l'albumine altérée sera plus voisine de sa transformation toxique. Cette transformation est-elle imminente ? quelques heures suffiront à la produire. Est elle déjà réalisée dans le gâteau ? l'empoisonnement éclatera en quelques instants, comme dans l'un de nos cas (1). Est-elle, au contraire, encore lointaine ? il faudra un jour, deux jours et davantage, pour que l'albumine ait le temps d'évoluer jusqu'à elle.

La putréfaction manifeste de l'œuf, et nous entendons par là celle dont nous pouvons juger par nos sens, serait impuissante à produire les graves accidents, qu'on observe dans les empoisonnements par la crème. D'abord l'estomac tolérerait difficilement un aliment atteignant ce degré de corruption; mais le tolèrerait-il, cet œuf ne produirait que des troubles légers, car les ptomaïnes, si actives soient-elles — et elles sont loin de l'être toutes —, le sont infiniment moins que les poisons albuminoïdes. Les récents événements de Courrières en sont une preuve éclatante : des mineurs ont pu manger de la viande de cheval crue et putréfiée au point d'en être infecte, sans en éprouver d'autres dommages que des vomissements de dégoût et une diarrhée

1. Cas de Mlle D , gr. 13, Saint-Mandé.

bénigne analogue à celle qui survient, quand on fréquente pour la première fois les salles de dissection.

Quant aux produits toxiques résultant de l'activité propre aux microorganismes présents dans les œufs ou dans la crème, nous ne nions pas que leur action puisse s'ajouter à celle des poisons métaboliques, mais elle ne joue qu'un rôle extrêmement secondaire. Ces microbes sont en effet peu nombreux ; ils sont en outre d'espèce banale ; si l'on ajoute que l'albumine est pour eux un très-mauvais milieu, force est de reconnaître que les toxines qu'ils peuvent fabriquer doivent être en quantité très-minime. Ce qui confirme cette opinion, c'est que toutes les tentatives faites avec les débris des gâteaux empoisonneurs pour reproduire les accidents toxiques sur les animaux sont restées infructueuses. Si la toxicité de ces gâteaux provenait, comme on l'a dit, de toxines microbiennes, elle ne se fût pas évanouie spontanément et les animaux eussent été malades.

Nous ne pouvons insister davantage sur un sujet qui nous éloigne du but de notre étude ; qu'on nous permette pourtant de remarquer quelle clarté ces notions répandent sur ces empoisonnements dont les conditions, la cause, l'allure même étaient si obscures. Grâce à elles, il

devient aisé de comprendre que si les saisons chaudes, et les orages peuvent en déterminer l'apparition, c'est qu'ils favorisent l'altération des œufs et par suite le développement des dérivés toxiques; — si ces empoisonnements sont rares, c'est que les produits qui peuvent naître de l'albumine sont tellement nombreux, tellement variables en outre selon le degré d'altération de celle-ci, qu'il faut un concours de circonstances vraiment exceptionnel pour qu'un produit toxique se trouve réalisé; — si les accidents restent possibles malgré l'emploi exclusif d'œufs commercialement frais, c'est que la toxicité de ces œufs peut être d'autant plus grande que leur altération apparente est moindre; — si enfin la chimie est impuissante à déceler un poison dans les débris du gâteau soumis à son analyse ou dans les viscères de la victime, c'est que dans ces viscères le poison se confond avec ceux du cadavre, c'est qu'il ne se trouve plus dans ce gâteau et que peut-être il ne s'y est jamais trouvé.

ÉVOLUTION ET SYMPTOMES

Cliniquement, l'empoisonnement par les gâteaux à la crème évolue en trois périodes : *la période d'incubation*, *la période d'état* et, quand la mort ne vient pas interrompre cette succession, *la période de déclin* ou de convalescence.

I

PÉRIODE D'INCUBATION

Il en est des crèmes dangereuses comme des autres aliments devenus spontanément toxiques : leur ingestion ne produit jamais, ou presque jamais, d'accidents immédiats ; presque toujours il s'écoule un temps plus ou moins long entre l'ingestion du gâteau nocif et l'apparition des symptômes caractéristiques de l'empoisonnement.

Cette incubation peut demeurer latente pendant toute sa durée, jusqu'à l heure où éclatent en coup de foudre les accidents typiques de la

période d'état; mais beaucoup plus souvent, pendant les dernières heures, des signes morbides apparaissent déjà qui sont comme les avant-coureurs de ces accidents aigus. Etudions dans son ensemble la période d'incubation; quant aux prodromes, véritables phénomènes de transition qui méritent une place à part, nous les étudierons ensuite.

1° L'INCUBATION CONSIDÉRÉE DANS SON ENSEMBLE. — Rien de plus variable que la durée de l'incubation : d'une demi-heure seulement dans l'un de nos cas, elle a été de 65 heures dans trois autres. Mais ce sont là chiffres extrêmes ; en général, l'incubation ne dépasse guère deux jours ; sa durée la plus habituelle oscille autour de la 24e heure. Il résulte en effet des diverses observations que nous rapportons que cette durée a été :

Dans 3 cas	(1 cas léger, 1 grave, 1 mortel).	infre à	6 heures.
Dans 15 cas	(1 très-léger, 2 légers, 8 moyens, 2 mortels). . .	—	12 —
Dans 27 cas	(3 très-légers, 6 légers, 15 moyens, 2 graves, 1 mortel).	—	18 —
Dans 36 cas	(8 très-légers, 13 légers, 13 moyens, 2 graves). .	—	24 —
Dans 12 cas	(2 très-légers, 6 légers, 4 moyens)	—	36 —
Dans 5 cas	(1 très-léger, 2 légers, 2 moyens)	—	48 —

Dans 1 cas (1 très-léger). . . . . infre à 60 heures.
Dans 4 cas (2 très-légers, 2 moyens) . — 72 —

On voit donc que les empoisonnements dont la durée d'incubation n'a pas excédé 24 heures sont de beaucoup les plus fréquents, puisqu'on en compte 81 sur un total de 103 cas ; au contraire, ceux dont l'incubation s'est prolongée au-delà de 24 heures sont relativement rares.

Remarque intéressante : la gravité de l'empoisonnement a été en raison inverse de sa durée d'incubation. Ce fait, il est vrai, se pouvait prévoir ; mais ici nous en avons la preuve. Il suffit, pour s'en convaincre, de voir les moyennes de gravité qui correspondent aux diverses durées d'incubation, et de les comparer entre elles. On constate ainsi que la moyenne de gravité a atteint le chiffre :

3,66	pour une incubation maxima de	6 heures.
3,13	—	12 —
2,70	—	18 —
2,25	—	24 —
2,16	—	36 —
2,20	—	48 —
1,80	—	72 —

Il est difficile de nier, après ces chiffres, qu'il y ait un rapport étroit entre la brièveté de l'incubation et l'intensité des symptômes ; mais, même

à défaut de ces chiffres, le seul examen des faits établit clairement ce rapport. Ainsi : chez M. C., gravement intoxiqué par un chou à la crème, l'incubation n'a duré que 13 heures (Faubourg Saint-Denis, 1904 ; groupe 2) ; — chez le petit G , 6 ans, qui meurt empoisonné par un éclair, elle dure 8 heures seulement (Auteuil, 1902 ; groupe 13) ; — elle n'a pas excédé 7 heures chez Mme G., 37 ans, morte pour avoir mangé une part d'un Saint-Honoré toxique (Faubourg Saint-Denis, 1904 ; groupe 9) ; — chez Mlle D., enfin, sa durée est presque inappréciable, puisque, une demi-heure à peine après l'ingestion d'un chou à la crème, éclatent les accidents qui tueront la malade (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 13).

Et il est clair en effet que l'incubation doit être d'autant plus courte que l'agent toxique est lui-même plus actif.

2° PRODROMES. — Pendant les dernières heures de l'incubation, avons-nous dit, parfois même peu de temps après son début, peuvent survenir chez les intoxiqués des phénomènes morbides qui ne sont pas encore ceux de l'empoisonnement, mais qui les annoncent. Ces prodromes ne suffiraient pas à eux seuls à faire porter le diagnostic d'intoxication, car on retrouve leurs analogues au début de tout état digestif aigu ; néanmoins la coexistence possible de troubles

identiques chez d'autres personnes de l'entourage peut jusqu'à un certain point en faire soupçonner l'origine et leur communique de ce chef une réelle valeur diagnostique.

Des *pesanteurs* et des *crampes d'estomac*, des *douleurs abdominales parfois très vives* ; une *inappétence marquée avec bouche mauvaise* et *langue chargée* ; un *état nauséeux continuel* ; *la céphalée, la fièvre, des frissons passagers avec sensation de froid ; l'insommie, l'agitation nocturne et, par dessus tout, une impression de profonde lassitude physique et intellectuelle constituent -- ensemble ou isolément — ces prodromes.*

Mais il s'en faut que la phase prodromique soit constante chez tous, et qu'elle ait pour chacun même durée et même physionomie.

Elle peut manquer complètement, et l'empoisonnement débute alors en coup de foudre, après une incubation d'une latence absolue.

C'est ce qu'on observe chez M. S., 29 ans : il mange le dimanche soir une forte part d'un Saint Honoré et n'en ressent aucun inconvénient pendant la nuit. La matinée du lundi est normale et, à midi, M. S. déjeune avec appétit. Mais à l'issue du repas il est pris subitement de coliques intenses accompagnées d'une diarrhée violente, et il entre d'emblée dans la période d'état (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 1).

Même absence de prodromes chez Mlle F., 30 ans, dont l'intoxication se révèle soudain dans la nuit qui suit le repas, où elle a mangé un chou à la crème (Saint - Mandé, 1905 ; groupe 2).

Et il en est de même chez le jeune D., 15 ans, qui est très sérieusement malade (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 6) ; — chez Mlle D., 17 ans, qui meurt trois jours après (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 13) ; — chez M. C., 30 ans, dont l'état est très alarmant (Faubg. Saint-Denis, 1904 ; groupe 2) ; etc.

Nous pourrions continuer longtemps cette énumération. En général, les prodromes sont absents quand l'empoisonnement doit être sévère ; il semble que le poison soit alors d'une telle activité, qu'il brûle l'étape prodromique après avoir abrégé la phase de latence.

Et cette remarque, qui a trait à la constance de la phase prodromique, s'applique en retour à sa durée et nous en fait prévoir les variations : plus la forme clinique envisagée sera bénigne, plus les prodromes en seront longs et traînants, comme si le poison avait peine à surmonter la résistance de l'organisme.

Ainsi, M. S., 62 ans, dont les accidents sont légers et durent seulement 3 jours, éprouve des malaises vagues pendant toute la journée qui précède leur apparition (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 1) ; — Mme B., 58 ans, chez qui tout se borne à une faible diarrhée qui disparaît le troisième jour, ressent des troubles mal définis pendant 36 heures avant que cette diarrhée ne se déclare (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 3) ; — chez Mlle H., 24 ans, les accidents bénins qui surviennent le mercredi sont précédés pendant plus de 24 heures d'un état digestif indécis avec crampes d'estomac fugitives (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 6) ; etc.

En même temps que les cas deviennent plus

sérieux, les prodromes s'abrègent ou du moins, l'état aigu se prolongeant davantage, il n'y a plus entre leur durée et la durée de celui-ci ce manque de proportion si frappant dans les cas bénins. Citons quelques exemples :

Mme C , qui a mangé le dimanche soir une forte part d'un Saint-Honoré ne ressent rien d'anormal jusqu'au lendemain midi ; mais sitôt après déjeuner apparaissent des malaises bien autrement précis que ceux des cas précédents : céphalée, état fébrile, soif vive qui persistent jusqu'au dîner, auquel la malade ne touche pas. A 7 h. 1/2, frisson prolongé, claquements de dents, sensation de froid, puis état nauséeux, qui vont persister et s'accroître jusqu'à l'heure où paraîtront les grands symptômes d'un empoisonnement de gravité moyenne (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 1).

Chez la jeune F., 7 ans et demi, qui a mangé un marignan le dimanche, les prodromes apparaissent le lundi matin. L'enfant est triste, abattue, fatiguée ; ses pieds sont glacés ; l'inappétence est complète. Cet état s'accentue encore pendant l'après-midi et, à 7 heures, survient un frisson prolongé, avant-coureur immédiat des accidents sérieux qui sévirent pendant dix jours (Saint-Mandé, 1905 ; groupe 3).

Le jeune L., 11 ans et demi, dont l'atteinte fut également sérieuse, présente lui aussi des prodromes précis et relativement courts. Ceux-ci débutent le lundi matin à 7 heures par une céphalée vive et des douleurs abdominales. L'après-midi, vers 3 heures, survient en outre une fièvre intense avec agitation. Tous ces phénomènes persistent jusque dans la nuit, où éclatent les symptômes typiques de l'empoisonnement Saint-Maudé, 1905 ; groupe 11) ; etc.

Ainsi donc à formes légères longs prodromes, et prodromes assez indécis ; à formes moyennes

courts prodromes d'une physionomie nette et précise ; peu ou point de prodromes dans les formes graves ou mortelles, la période d'état se réalisant d'emblée presque toujours.

Enfin, l'apparition de certains signes morbides, qui ne sont pas habituels à la phase prodromique, peut en modifier légèrement la physionomie : *sueurs nocturnes profuses* (M. V., gr. 2, Saint-Mandé) ; *syncopes précoces* (Mme A., gr. 6, Saint-Mandé) ; *somnolence invincible* (M. G., gr. 8, Saint-Mandé) ; *douleurs musculaires des membres inférieurs* (M. M., gr. 12, Saint-Mandé) ; *douleurs lombaires* (Mme G., gr. 13 et M. F , gr. 10, Saint-Mandé).

Mais, en général, d'un sujet à l'autre, les troubles observés restent sensiblement les mêmes ; l'élément individuel, s'il intervient ici, influe moins sur leur nature, que sur leur quantité. Il semble cependant que chez l'adulte il y ait prédominance des états d'asthénie et de lassitude ; chez l'enfant, prédominance des phénomènes thermiques et nerveux.

II

PÉRIODE D'ÉTAT.

Le début de la période d'état est marqué par l'apparition de trois grands symptômes : les

vomissements, les douleurs abdominales et la diarrhée. Véritables signes cardinaux, qui dominent tous les autres par leur constance et leur intensité, ils sont l'expression même de l'atteinte gastro-intestinale portée par le poison et à ce titre ils en sont comme le syndrôme révélateur. Par eux le diagnostic d'empoisonnement alimentaire, encore hésitant ou même impossible à la phase des prodromes, se confirme ou s'impose.

Donnons-leur donc la place qui leur revient; nous étudierons après eux les autres troubles digestifs, les troubles nerveux et vasculaires, les troubles cardiaques et respiratoires, enfin les troubles urinaires et cutanés.

SYMPTOMES CARDINAUX

1° **Vomissements** (1). — Les premiers vomissements qui surviennent sont jaunâtres et purement alimentaires (2) ; s'ils apparaissent peu de temps après l'ingestion du gâteau toxique, ils peuvent en renfermer des parcelles (3). Mais à mesure qu'ils se répètent, ils changent de carac-

1. Il ne s'agit ici bien entendu que des vomissements spontanés, et non de ceux qui suivent l'ingestion d'un aliment, ces derniers reconnaissant pour cause l'intolérance gastrique.

2. Auteuil, 1902; groupe 11, cas de la jeune L. ; Faubourg Saint-Denis, 1904 ; groupe 2, cas de M. C. *Ibid.*, groupe 4, cas de la petite R.

3. Auteuil, 1902; groupe 11, cas de la jeune L.

tères, deviennent muqueux et se chargent de bile, qui leur communique une coloration noirâtre ou franchement verte, comparable à celle des vomissements porracés de la péritonite. Souvent alors ils acquièrent une fétidité spéciale, analogue à celle des déjections diarrhéiques, mais d'intensité moindre. Ils seraient, d'après le docteur Martin, de Bordeaux, qui les a examinés aussitôt après leur émission, un véritable bouillon microbien (1).

Si les vomissements sont fréquents, ils ne sont pourtant pas un symptôme absolument constant. Ainsi on les a observés :

Sur 42 cas, dans l'affaire d'Auteuil : 29 fois (69 0/0).

Sur 27 cas, dans l'affaire du Faubourg Saint-Denis : 21 fois (77 0/0).

Sur 44 cas, dans l'affaire de Saint-Mandé : 17 fois (38 0/0).

Soit, en moyenne, dans 61 pour cent des cas.

Ils manquent donc chez un certain nombre de malades ; mais ce déficit ne porte guère que sur des cas légers souvent si peu caractérisés, qu'il faut la coexistence de cas indiscutables pour en soupçonner la nature. Déjà dans les formes d'une intensité moyenne, l'absence des vomissements est chose assez rare (2) ; elle est excep-

1. Peytoureau, thèse de Bordeaux 1902, page 52.
2. Cf. quelques exemples : cas de Maurice F., gr. 3 ; de

tionnelle dans les formes graves et nous n'en possédons qu'un unique exemple (1) ; enfin, elle ne s'observe jamais dans les empoisonnements qui doivent se terminer par la mort. Ce symptôme conserve donc une grande valeur, puisqu'il ne fait défaut que dans les cas bénins, où le diagnostic de nature est de peu d'importance.

Sa date d'apparition est variable : souvent elle coïncide avec le début de la diarrhée, souvent aussi elle le suit ; rarement elle le précède. On ne saurait lui assigner aucune règle.

Ainsi dans le cas du jeune V., 7 ans, qui fut gravement atteint, nous voyons survenir en même temps vomissements, coliques et diarrhée (Saint-Mandé, gr. 2) ; — de même chez M. C., 42 ans, dont les accidents eurent une gravité moyenne (Saint-Mandé, gr. 7), et chez Mlle D., 17 ans, qui meurt trois jours après (Saint-Mandé, gr. 13).

Au contraire, chez M. S. 29 ans, c'est la diarrhée qui ouvre la scène ; les vomissements ne paraissent que 3 heures après (Saint-Mandé, gr. 1) ; — le jeune P., 9 ans, dont l'atteinte est moyenne, a des selles diarrhéiques nombreuses pendant la nuit et n'a de vomissements que le matin à 8 heures (Saint-Mandé, gr. 4) ; — de même Mme G., dont l'empoisonnement se termine par la mort, n'a son premier vomissement que 5 heures après le début de la diarrhée (Saint-Denis, gr. 9).

Mme P., gr. 3 ; de M. C., gr. 10 ; de Mme M., gr. 12 ; Saint-Mandé.

1. Cas de Mme S., gr. 1, Saint-Mandé.

Inversement, chez Mlle F., ce sont les vomissements qui se déclarent les premiers, pendant la nuit ; le matin seulement le syndrôme se complète (Auteuil, gr. 6) ; — chez Mme C., 43 ans, les vomissements plus précoces encore précèdent de 24 heures la diarrhée, et ils sont suivis dans cet intervalle d'une rémission si accentuée, qu'elle en impose pour une guérison (Saint-Mandé, gr. 7).

Mais les faits comme ceux-ci sont rares ; presque toujours vomissements et diarrhée se déclarent simultanément, ou bien la diarrhée se révèle la première.

Le vomissement peut être unique, comme dans les cas de la jeune Marcelle F. (Saint-Mandé, gr. 3) et de Mme J. (Saint-Mandé, gr. 14). Il est alors énorme et violent, au point de surprendre le malade et de s'évacuer à la fois par la bouche et les fosses nasales. Ce sont là des cas exceptionnels.

Presque toujours les vomissements sont multiples.

Leur fréquence peut être alors très variable : rares et modérés chez les uns, ils cessent définitivement au bout d'un jour, d'une demi-journée ou même de quelques heures ; chez d'autres ils sont d'une abondance extraordinaire et se répètent à intervalles si courts, qu'ils sont pour ainsi dire continuels (1). Véritables vomisse-

1. Par exemple : cas de Mme G., gr. 13, Saint-Mandé ; cas de Mme J. L., gr. 1, Faubourg Saint-Denis ; cas de M. C., gr. 2, *ibid.* ; cas de la jeune R., gr. 4, *ibid.*

ments incoercibles, sur lesquels nulle médication ne mord, ils ont vite fait d'épuiser les forces du malade tant par la déshydratation qu'ils entraînent, que par la dépense nerveuse qu'occasionne leur émission douloureuse. Pour peu qu'ils s'accompagnent d'une diarrhée intense, on conçoit jusqu'où peut aller la prostration du sujet.

Quant à la durée de leur persistance, elle varie selon le degré de l'atteinte toxique ; elle varie aussi, dans une même forme clinique, selon les individus. Point de règle à cet égard. Parfois très courte, notamment dans les cas où le vomissement est unique, elle peut se prolonger quelques heures, un jour, plusieurs jours, voire pendant toute la période d'état.

Ainsi chez Mme C., les vomissements apparus à 9 heures du matin cessent vers midi (Faubourg Saint-Denis, gr. 3) ; — ils durent pendant 24 heures chez la petite R., 5 ans (Faubourg Saint-Denis, gr. 4) ; — 48 heures au moins chez Mme I. L., 57 ans (*ibid.*, gr. 1) ; — 3 jours chez le jeune V., 7 ans (Saint-Mandé, gr. 2) ; — chez Mlle F., ils se prolongent pendant 11 jours, aussi longtemps que la diarrhée (*ibid.*, gr. 2) ; — chez Mme T., 70 ans, apparus à la même heure que la diarrhée, ils persistent pendant tout le cours de l'empoisonnement qui se termine par la mort 11 jours plus tard (Auteuil, gr. 3) ; etc.

On voit combien la durée des vomissements est variable. Il est rare cependant qu'elle se prolonge jusqu'à la fin de la période d'état : elle en

occupe plutôt le début, les premières heures, les deux ou trois premiers jours.

En somme les vomissements sont, dans les empoisonnements par la crème, l'*indice d'une atteinte sérieuse*, car, s'ils attestent l'effort fait par l'organisme pour expulser le poison, ils montrent par là même combien grande est l'action de celui-ci sur la muqueuse gastrique. Ils en sont à la fois l'effet et le remède ; remède souvent insuffisant, il est vrai, mais dont on ne saurait nier dans quelques cas l'heureuse influence.

Ainsi dans un même groupe de malades, à côté d'un cas de forme sévère, nous trouvons un second cas dont la bénignité semble bien s'expliquer par l'abondance des vomissements qui en marquèrent le début (Auteuil, gr. 8, cas de Mlle J.) ; — chez Mlle H. les symptômes violents du début tournent court au bout de 2 jours, grâce à l'abondance des vomissements (Faubourg Saint-Denis, gr. 1) ; — de même Mlle R. doit sans doute la bénignité de ses accidents aux vomissements incessants et précoces, qui lui permettent d'expulser le poison (*ibid.*, gr. 3).

Plus probant encore est le cas de Mme C., puisqu'elle et son mari avaient mangé parts égales d'un Saint Honoré. Mme C. est prise de vomissements abondants moins de 3 heures après l'ingestion du gâteau : or, immédiatement après, la malade se sent soulagée ; elle se sent même si bien pendant 24 heures, qu'elle croit son indisposition terminée ; et d'ailleurs les accidents qui surviennent après ce délai sont des plus bénins. Au contraire, son mari, qui n'a point ces vomissements précoces et qui passe la nuit dans un état de santé parfaite, est pris le lendemain d'accidents sérieux et doit garder le lit pendant 11 jours (Saint-Mandé, groupe 7).

De tels faits, et aussi l'absence constante des vomissements dans les cas d'une bénignité incontestable, semblent bien indiquer que ces formes légères à vomissements copieux sont en réalité des formes sérieuses, que ceux-ci ont fait avorter.

Enfin, pour en finir avec ce sujet, notons que les vomissements sont loin de s'effectuer sans souffrance. Toujours au contraire ils s'accomplissent au prix de douleurs épigastriques aiguës, pongitives, constrictives, avec irradiations dans les hypochondres et dans les lombes.

2° **Douleurs abdominales.** — Les douleurs abdominales de la période d'état, telles qu'on les observe dans les cas de forme grave ou mortelle, se distinguent des coliques plus ou moins vives, mais intermittentes, de la phase prodromique, par leur violence et leur continuité. Leur continuité, qui traduit l'état de souffrance aiguë de la muqueuse intestinale, n'est pas uniforme. La toux, les efforts de vomissement, les mouvements, la respiration même, sont autant de causes passagères qui en augmentent le degré ; mais bien plus encore les spasmes continuels, que subit l'intestin, sont pour ces douleurs l'occasion de paroxysmes atroces, qui arrachent des cris aux malades.

Souvent alors l'abdomen est rétracté et le

patient tient ses membres inférieurs fortement fléchis sur le ventre.

En général, ces douleurs s'étendent à tout l'abdomen et ne se localisent pas ; elles peuvent cependant chez quelques malades prédominer nettement en certains points.

Ainsi, chez M. C. (Faubourg Saint-Denis, gr. 2) et chez le jeune M. (*ibid.*, gr. 5) leur maximum constant est situé entre l'ombilic et l'épigastre ; — chez la jeune P., il siège si exactement au point de Mac-Burney, que le diagnostic du médecin traitant s'égare un instant sur l'appendicite (Auteuil, gr. 6) ; — chez Mlle D., dont l'empoisonnement a une issue fatale, nous trouvons le maximum douloureux au niveau de la fosse iliaque droite : il y a sur ce point une hyperesthésie très-marquée et une contraction de défense sensible à la main qui palpe (Saint-Mandé, gr. 13).

Ces localisations diverses se comprennent ; elles siègent là, où la lésion intestinale prédomine.

Mais il s'en faut que les douleurs abdominales atteignent ce degré d'acuité dans toutes les formes cliniques de l'empoisonnement par la crème. Si elles sont la règle dans les formes graves ou mortelles, elles sont déjà l'exception dans les formes de gravité moyenne : bien qu'elles y soient encore très vives, elles n'ont plus dans celles-ci ce caractère d'atrocité qui rend celles-là si dramatiques. Dans les formes bénignes elles s'atténuent au point de n'être plus souvent que de simples coliques de type banal,

que les malades comparent à des tortillements, à des pincements légers. Elles peuvent même — mais le fait est rare — ne pas exister ou passer inaperçues.

Ainsi Mme L., qui a mangé un gâteau toxique, le lundi midi, est prise vers le soir d'une faible diarrhée sans aucun symptôme douloureux (Saint-Mandé, gr. 11) ; — M. M., après quelques vagues prodromes, arrive à la période d'état et la parcourt en entier sans avoir éprouvé la moindre colique (*ibid*, 12).

Mais ce sont là des cas fort légers dépourvus de tout caractère. En réalité, les douleurs abdominales, comme les vomissements, sont un symptôme qui ne manque jamais dans les formes sérieuses de l'intoxication.

A quel moment de la période d'état ce symptôme fait-il son apparition? Nous avons vu précédemment qu'il pouvait s'ébaucher dès la phase prodromique pour atteindre son complet développement à la période aiguë. Ce cas est trop fréquent pour qu'il soit utile d'en citer des exemples. Mais souvent aussi les douleurs abdominales peuvent survenir d'emblée à la période d'état, sans préliminaires aucuns

C'est ce que nous observons chez Mme I. L., 57 ans et chez Mme B., 35 ans ; là, le syndrôme se réalise au complet, sans avertissements préalables (Faubourg Saint-Denis, gr. 1) ; — chez M. C., 30 ans, apparition brusque des douleurs un peu avant les autres symptômes (*ibid.*, gr. 2) ; — point de prodro-

mes non plus chez la jeune R., 5 ans : les douleurs abdominales éclatent brusquement (*ibid.*, gr. 4) ; etc.

Il en est ainsi presque toujours dans les cas graves ou mortels, et cela se comprend facilement : la dose toxique est si forte ou son activité si grande, qu'elle réalise en un instant la lésion intestinale, dont douleurs et diarrhée ne sont que l'expression. Dans les cas moyens, au contraire, les douleurs et la diarrhée ont moins de soudaineté, parce que cette lésion, qu'elles traduisent, étant le fait d'une action toxique mitigée, ne s'accomplit que d'une façon progressive.

Quoi qu'il en soit, quand elles surviennent d'emblée, leur apparition coïncide à peu de chose près. C'est dire que, comme la diarrhée, les douleurs abdominales peuvent précéder, accompagner ou suivre l'apparition des vomissements. Nous avons signalé ces particularités à propos de ceux-ci ; nous ne saurions y revenir sans tomber dans des redites.

Au point de vue de leur durée, les douleurs abdominales se prolongent en général jusqu'à la fin de la période d'état, et parfois au delà. Toutefois il est rare qu'elles conservent pendant ce laps de temps leur acuité du début : après une phase de continuité plus ou moins longue, elles deviennent intermittentes et moins vives et ne se produisent plus qu'à l'occasion des selles.

Ainsi, dans le cas très sérieux de M. C., où nous voyons apparaître simultanément les trois termes du syndrôme, les vomissements cessent 2 jours après, en même temps que les douleurs abdominales perdent leur caractère continu ; dès le lendemain, la diarrhée se modère. Au 10e jour de la maladie, les douleurs deviennent rares et les selles ne se répètent plus que 5 ou 6 fois dans les 24 heures. Au 15e jour, coliques et diarrhée disparaissent ; c'est la convalescence. (Faubourg Saint-Denis, gr. 2).

Tant que la diarrhée reste intense, les douleurs abdominales conservent leur violence ; l'exemple précédent en est une preuve ; en voici une seconde, que nous fournit le cas de la petite R.

Chez cette enfant de 5 ans, le syndrôme de l'empoisonnement est apparu le lundi matin. Dès le lendemain, les vomissements s'arrêtent, mais la diarrhée extrêmement violente persiste sans décliner jusqu'au jeudi matin. Or, il en est de même des douleurs abdominales : intenses au début, nous les voyons demeurer intenses jusqu'à cette date (Faubourg Saint-Denis, gr. 4).

Il y a dans l'allure de ces deux symptômes un parallélisme frappant, d'ailleurs explicable, puisqu'ils sont l'un et l'autre le signe d'une même lésion. Aussi leur disparition concordante, ou du moins leur déclin parallèle, est-il l'indice que cette lésion a cessé de s'accroître, qu'elle va se réparer graduellement, en un mot que la période aiguë va céder la place à la convalescence. Beaucoup plus rarement, comme dans le

cas de Mlle D. (Saint-Mandé, gr. 13), loin d'annoncer la guérison, leur disparition peut être le signe d'une terminaison fatale. C'est que, dans ces cas de gravité extrême, peuvent intervenir des phénomènes de paralysie intestinale, qui rendent impossible l'émission des selles, et un état d'épuisement nerveux si profond, que les impressions douloureuses ne sont plus perçues par le malade. En de telles conditions, la rémission des symptômes intestinaux n'est plus un signe de bon augure ; c'est un masque trompeur sous lequel la mort se dissimule.

3° **Diarrhée.** — Les premières selles diarrhéiques n'ont aucun caractère particulier : liquides et jaunâtres, elles ne sont guère formées que des déchets digestifs contenus dans l'intestin avant son atteinte. Mais bientôt leur aspect change, leur nature se modifie et leur fétidité devient extrême. *Elles peuvent alors revêtir trois types différents* : ou bien elles sont formées de glaires analogues au blanc d'œuf, tenues en suspension dans un mucus abondant dû à l'hypersécrétion des glandes (*type dysentériforme*) ; ou bien elles sont constituées, selon le *type des selles cholériques*, par un liquide séreux renfermant une multitude de grains riziformes et de la bile verdâtre en proportion variable. Leur consistance semi-fluide, leur structure grenue et leur coloration verte très intense justifient pleinement la com-

paraison qu'en font les malades avec la purée d'épinards. Moins souvent, elles sont très foncées, presque noires. Quant aux grains riziformes, ce sont des concrétions muqueuses teintées par la bile et contenant de nombreuses cellules épithéliales détachées de l'intestin à la faveur du processus d'irritation violente dont il est l'objet. Enfin, selon un troisième type qui réunit les deux précédents, les selles *peuvent être à la fois glaireuses et bilieuses à grains riziformes*. Ce type mixte et le type bilieux à grains riziformes sont les seuls qu'on observe dans les cas de forme grave ou mortelle.

Après avoir évolué sous l'une de ces modalités pendant la période d'état, la diarrhée peut s'arrêter brusquement, quand survient le déclin des phénomènes toxiques, sans avoir eu le temps de se modifier.

Dans le cas de la jeune R., par exemple, les selles qui sont encore au nombre de 25 le mercredi, s'interrompent subitement le lendemain, si bien qu'elles restent vertes jusqu'à la dernière (Faubourg Saint-Denis, gr. 4).

Mais souvent leur arrêt n'a pas cette brusquerie ; ce n'est que peu à peu qu'elles perdent la fétidité, l'aspect et la nature, qu'elles avaient à l'état aigu, pour aboutir à un type purement séreux. C'est ce type que nous retrouverons à la période de déclin.

La diarrhée est un symptôme constant de la

période d'état, dans les formes légères de l'empoisonnement comme dans ses formes graves. Sur les 120 cas réunis par nous il n'existe qu'une seule exception à cette règle :

M. M., 63 ans, qui du reste n'a mangé qu'une parcelle de gâteau le dimanche, n'a ni diarrhée, ni vomissements. Tout se réduit à quelques malaises apparus le mercredi matin et dissipés le jour même (Saint-Mandé, gr. 9).

Ce cas est vraiment trop peu typique pour infirmer la règle de constance.

Bien plus, dans les cas bénins, la *diarrhée est souvent le seul symptôme qui ne fasse point défaut.*

Ainsi chez M. V. les accidents se bornent à 6 ou 7 selles diarrhéiques presque indolores (Saint-Mandé, gr. 2). Il en est de même chez Mme B. (*ibid.*, gr. 3) ; chez une enfant de 4 ans, Suzanne P. (*ibid.*, gr. 3) ; chez M. M. (*ibid*, gr. 5) ; etc.

En général, *il y a corrélation entre l'intensité de la diarrhée et la gravité de l'atteinte toxique.* Aussi la présence d'une diarrhée profuse est-elle constante dans tous les cas à dénouement fatal :

Le jeune G., 6 ans, qui succombe en moins de 30 heures, a des selles pour ainsi dire continuelles jusqu'au dernier moment de sa vie (Auteuil, gr. 13) ; — chez Mme G., 37 ans, leur fréquence d'abord modérée va croissant d'heure en heure jusqu'au collapsus final (Saint-Denis, gr. 9) ; — elles sont incessantes les deux premiers jours chez Mlle D , 17 ans, et ne disparaissent la veille de sa mort que par l'effet d'une paralysie intestinale due sans doute à l'atteinte du péritoine (Saint-Mandé, gr. 13) ; etc.

Même violence du symptôme dans les formes graves :

M. C., 30 ans, qui mange un chou à la crème à son dîner, voit survenir la nuit suivante des accidents d'une intensité extrême : les selles jaunâtres au début, mais bientôt vertes, fétides et glaireuses, se répètent si abondamment tous les quarts d'heure, qu'avant qu'il ne soit jour elles ont rempli un seau de toilette (Faubourg Saint-Denis, gr. 2) ; — Mme S., pour une part de Saint-Honoré mangée au repas du soir, est prise à 6 heures du matin d'une diarrhée si violente, qu'en l'espace de 4 heures elle a quarante selles (Saint-Mandé, gr. 1).

De tels faits laissent deviner quel degré d'irritation doit atteindre la muqueuse intestinale. Son état congestif peut pourtant s'accentuer encore, au point de donner naissance à des hémorragies.

Ainsi la petite L , 7 ans, atteinte le lundi matin d'une diarrhée qui va être continue pendant 24 heures, a, la nuit suivante, des selles sanglantes, presque noires (Auteuil gr. 11).

Dans les cas de gravité moyenne l'intensité de la diarrhée est très variable. Est-elle modérée, les selles sont au nombre de douze à quinze le premier jour et se maintiennent à ce chiffre plus ou moins longtemps :

Pendant 3 jours, dans le cas de Mme F. (Saint-Mandé, gr. 10) ; pendant 10 jours, chez M. C. (*ibid.*, 10) et chez le jeune J. (*ibid.*, 14).

Chez d'autres malades, le nombre quotidien

des selles s'élève à 25 ou 30, sans subir de diminution pendant 4 à 8 jours.

C'est ainsi que Mlle F. n'a pas moins de 120 selles du lundi au jeudi suivant (Saint-Mandé, gr. 2) ; M. D., pas moins de 160 en l'espace de 8 jours (*ibid.*, gr. 6).

Même dans les cas moyens, la diarrhée peut être profuse et incoercible.

Chez Mme M., par exemple, elle est si impérieuse au début, qu'elle ne lui laisse pas le temps de quitter son lit : en quelques heures, deux matelas sont traversés par les selles (Saint-Mandé, gr. 5).

Parfois alors on la voit s'accompagner de légères hémorragies intestinales, comme chez la petite R., 5 ans (Faubourg Saint-Denis, gr. 4), et chez le jeune L., 11 ans (Saint-Mandé, gr. 11). Mais ces effets violents sont rares et ne s'observent guère que dans les formes graves.

Dans les cas bénins, la diarrhée s'atténue encore et le nombre moyen des selles n'est plus que de 5 à 8 par jour. Quelques heures (cas de Mme J., gr. 14, Saint-Mandé), un seul jour (cas de M. M., gr. 5, *ibid.*), une semaine au plus suffisent pour en amener la disparition.

La *durée des phénomènes diarrhéiques est celle de la période d'état*, puisque leur rémission, comme celle des coliques, ne peut se produire qu'au déclin du processus toxique, c'est-à-dire à l'heure où les lésions de l'intestin commencent

à se réparer. Nous avons insisté sur ce point à propos des douleurs abdominales ; il est inutile d'y revenir ici.

Nous ne parlerons pas davantage du moment de la période d'état où la diarrhée fait son apparition : nous en avons traité incidemment au sujet des vomissements. Rappelons seulement que la diarrhée, accompagnée des douleurs abdominales, peut survenir soit avant, soit avec les vomissements, beaucoup plus rarement après eux.

SYMPTOMES SECONDAIRES

1° TROUBLES DE L'APPAREIL DIGESTIF.

a. **Etat de la langue.** — La langue est blanche et chargée dans les cas bénins ; elle devient sèche, jaunâtre, rouge sur ses bords et sur sa pointe, quand les accidents sont sérieux. Parfois alors elle se recouvre d'un enduit fuligineux noir ou brun, qui lui donne un aspect foncé et comme rôti.

Chez la petite R., qui subit une atteinte moyenne, elle est grisâtre et sale (Faubourg Saint-Denis, gr. 4) ; — chez M. C., dont l'empoisonnement est grave, la langue est noire et rôtie le premier jour, brune le lendemain, simplement saburrale 8 jours plus tard, au moment où l'état du malade s'améliore (*ibid.*, gr. 2) ; — chez Mlle D., qui succombe à l'intoxication, la langue est sèche et jaune (Saint-Mandé, gr. 13).

b. **Etat de la bouche et du pharynx.** — La gorge, la bouche et les lèvres sont sèches dans les formes sérieuses de l'empoisonnement. La gorge peut être encombrée par des mucosités filantes difficiles à détacher. Parfois elle présente de la constriction avec sensation de brûlure, comme dans le cas de M. B. (Auteuil, gr. 8). La déglutition est en général pénible et gênée.

Dans un cas de forme grave, on a observé le *muguet* sur la langue et sur la muqueuse buccale (cas de Mme L., gr, 14, Auteuil).

c. **Inappétence.** — Elle est constante pendant la période d'état et à tous les degrés de l'empoisonnement.

d. **Nausées.** — Elles apparaissent souvent à la phase prodromique, où elles annoncent et préparent pour ainsi dire les vomissements de la période aiguë. Leur coexistence fréquente avec ceux-ci pendant cette période crée pour le patient un état presque continu de malaise intense. Mais les vomissements peuvent ne pas survenir, comme nous l'avons vu. Dans 18 de nos cas les nausées n'en ont pas moins persisté, avec une fréquence peut-être même plus grande, et parfois en s'accompagnant de crampes d'estomac, comme dans les cas de Mme D. (gr. 5, Saint-Mandé), de Mme P. (*ibid.*, gr. 3), de M. A. (*ibid.*, gr. 6 ; etc.).

e. **Intolérance gastrique.** — Elle est la règle pendant la période d'état de l'empoisonnement. Déjà marquée dans les formes bénignes, elle s'accroît avec la gravité des cas, au point de devenir absolue.

Ainsi Mme R., dont les accidents sont d'une intensité moyenne, ne peut, pendant 3 jours, tolérer une seule cuillerée de liquide (Auteuil, gr. 12) ; — la petite L., gravement atteinte, vomit aussitôt le calomel qu'on lui administre. Un peu de lait coupé d'eau de Vals, qu'on réussit à lui faire prendre deux jours après, est la seule nourriture qu'elle tolère pendant les 12 jours, que durent les accidents aigus (*ibid.*, gr. 11) ; — chez Mme G., qui succombe 48 heures plus tard, toute tentative faite pour lui administrer boisson ou médicament aboutit à un vomissement immédiat (Saint-Denis, gr. 9).

L'intolérance existe même pour les malades qui n'ont point de vomissements spontanés :

M. D., par exemple, n'a au cours de son empoisonnement qu'un seul vomissement provoqué par l'ingestion d'un aliment (Saint-Mandé, gr. 6). De même chez la petite Marcelle F., l'administration d'un cachet d'antipyrine produit un vomissement énorme, le seul qu'elle ait en 10 jours de maladie (*ibid.*, 3).

Cette intolérance, variable du reste selon les sujets, s'atténue graduellement en même temps que les autres symptômes.

f. **Douleurs gastriques.** — Très souvent des douleurs gastriques coexistent avec les douleurs abdominales. Citons-en pour preuve les cas de

la jeune L. (Auteuil, gr. 11), de Mlle M. (Saint-Mandé, gr. 12) et de Mme G. (*ibid.*, gr. 13).

Quand elles sont continues, ce sont des douleurs d'une violence extrême, à la fois déchirantes, aiguës et constrictives, que traduit l'angoisse du malade. Leur siège est à l'épigastre, mais elles s'irradient dans les hypochondres et les lombes, entre les épaules et même dans les membres supérieurs. Parfois elles sont perçues sous forme de brûlure atroce : le cas de Mme T. en fournit un exemple (Auteuil, gr. 5). Mais ces gastralgies intenses et continues sont loin d'avoir la constance des douleurs abdominales ; on ne les rencontre guère que dans les empoisonnements graves ou mortels. Le plus souvent elles sont intermittentes et modérées, avec des paroxysmes qui surviennent à l'occasion du vomissement. La *crampe d'estomac* est alors une de leurs modalités les plus fréquentes. Sensation douloureuse intense, angoissante et fugitive, la crampe d'estomac s'observe à tous les degrés de l'empoisonnement ; mais dans les formes sévères la gravité des autres symptômes la fait souvent passer inaperçue ; aussi est-ce dans les formes bénignes qu'on la remarque surtout. Là, parfois, elle se répète avec une telle fréquence, qu'elle devient la note dominante.

Ainsi chez Mlle H., c'est par des crampes d'estomac, que les accidents aigus débutent ; c'est par des crampes d'estomac, qu'ils se terminent. Pendant toute leur durée, les crampes

n'ont point cessé ; la diarrhée et les coliques, au contraire, ont été presque insignifiantes (Saint-Mandé, 6).

Mais les crampes d'estomac ne sont pas un symptôme spécial à la période d'état ; nous avons vu qu'elles prennent rang parmi les prodromes ; nous les retrouverons à la période de déclin.

g. **Sensibilité abdominale.** — Elle est la règle. L'hypéresthésie cutanée, la contraction de défense des muscles de la paroi, l'accroissement des douleurs au palper en sont les conséquences, au moins dans les cas de forme sévère (cas de la jeune M., gr. 5, Saint-Denis ; de Mlle D., gr. 13, Saint-Mandé ; etc.).

h. **Tympanisme abdominal.** — Nous en trouvons deux exemples, l'un dans un cas de gravité moyenne (Mme R., gr. 12, Auteuil) ; l'autre dans un cas d'empoisonnement mortel (Mlle D., gr. 13, Saint-Mandé). La rétraction de l'abdomen s'observe plutôt dans les formes très douloureuses.

i. **Ténesme rectal.** — Il est habituel chez les sujets atteints de diarrhée violente. Il est caractérisé par des épreintes dans la région de l'anus avec besoin de défécation, souvent sans résultat.

j. **Troubles hépatiques.** — L'atteinte toxique subie par le foie peut se manifester par une teinte subictérique des téguments, surtout prononcée

à la face (cas de M. C., gr. 2, Faubourg Saint-Denis). L'altération de la bile rejetée avec les selles et les vomissements en est un autre signe.

2° TROUBLES NERVEUX ET VASCULAIRES

a. **Fièvre.** — Sur 104 cas, nous avons constaté la présence de la fièvre 31 fois ; mais il est probable que ce chiffre est trop faible et qu'un certain nombre d'états fébriles n'ont pas été signalés par les malades, en raison de leur légèreté. Ces 31 cas de fièvre se décomposent ainsi :

6 cas légers ;
18 cas moyens ;
5 cas graves ;
2 cas mortels.

La fièvre est donc rare dans les formes bénignes, ou du moins elle y atteint rarement un degré suffisant pour attirer l'attention ; elle y est en tout cas très fugitive. La faible toxicité de la crème ingérée explique sans doute ce peu d'ampleur de la réaction fébrile.

Dans les formes graves, mortelles ou non, l'hyperthermie peut manquer encore ; mais ici son absence reconnaît une cause inverse : l'excès de virulence du poison. L'organisme se trouve si violemment atteint dans sa vitalité, que souvent il ne peut réagir et qu'il tombe pres-

que sans transition dans l'hypothermie. Cette absence de réaction est l'indice d'un péril, que seule l'élimination du poison peut conjurer. Sa présence au contraire est d'un pronostic favorable, car elle prouve que la vitalité de l'organisme reste intacte et qu'on peut, l'élimination aidant, compter sur elle.

Quand cette réaction se produit, la température, qui l'exprime, atteint certainement 40° au début, — chiffre probable, si l'on songe que, enregistrée quelques heures après, elle s'élève encore au-delà de 39°. *Son maximum coïncide avec l'apparition des grands symptômes, ou plutôt avec leur phase d'intensité maxima* ; puis sa courbe, se réglant à leur allure, subit une décroissance graduelle pour revenir à la normale un peu avant leur disparition définitive. Ainsi chez M. C., 30 ans, la température, supérieure à 39° au début, atteint 38°,8 le second jour, 38° les deux jours suivants, 37° le lendemain, mais manifeste dans les jours qui suivent une tendance inquiétante à s'abaisser au-dessous de la normale. *Elle revient à la normale le jour même où la diarrhée s'arrête*, et la convalescence commence (Faubourg Saint-Denis, gr. 2).

Chez la petite L., 7 ans, dont la température fut soigneusement notée, il est intéressant d'observer l'allure de la fièvre parallèlement à celle des grands symptômes. Le début des accidents se produisit le 1er septembre, à 5 heures du matin. Ce jour-là et les jours suivants le thermomètre indique :

1er sept.	matin : ?		soir : 39°,4	Syndrôme au complet.
2	—	—	38°,4	—	38°,9	Vomissements arrêtés, mais diarrhée et douleurs violentes.
3	—	—	37°,4	—	38°,3	Atténuation légère qui persiste les jours suivants.
4	—	—	37°,4	—	38°	—
5	—	—	37°,2	—	37°,5	—
6	—	—	37°	—	37°,4	—
7	—	—	37°,2	—	37°,7	—
8	—	—	37°,2	—	37°,8	—
9	et jours suiv.	—	37°	—	37°	Fin de la diarrhée verte.

Ce parallélisme cesse d'être vrai dans les formes graves à issue fatale, parce que, la réaction de l'organisme se trouvant empêchée presque dès le début, l'hypothermie survient bien avant que les symptômes ne décroissent (cas du jeune G., gr. 13, Auteuil ; de Mme G., gr. 9. Faubourg Saint-Denis). L'hyperthermie subsiste-t-elle, ce qui est rare, il peut se produire des complications qui détruisent ce parallélisme, comme dans le cas de Mlle D. (Saint-Mandé, gr. 13) ; et dès lors on comprend que la fièvre puisse persister, malgré la rémission marquée des grands symptômes.

C'est dans les cas de gravité moyenne que la fièvre atteint sa plus grande fréquence, parce que là, mieux qu'ailleurs, l'action mitigée du

poison sur l'organisme, laisse intactes sa vitalité et sa puissance de réaction Aussi la température peut-elle atteindre dans ces cas un degré élevé.

Chez Mlle F., par exemple, elle dépasse 39° le premier jour, bien que la durée totale de la maladie n'excède pas 5 jours (Auteuil, gr. 9) ; — chez une enfant de 5 ans, la petite R., elle atteint 38°,5 le premier jour et tombe à la normale 48 heures plus tard, la veille de la convalescence (Faubourg Saint-Denis, gr. 4) ; — chez Mme M , 55 ans, elle est de 38°,9 au début d'une période d'accidents qui dure une semaine (Saint-Mandé, gr. 9).

Les frissons avec sensation de froid, la céphalée plus ou moins vive (nous en avons noté la présence dans 31 cas) accompagnent les phénomènes thermiques. Une soif ardente, inextinguible, en est aussi une manifestation, mais traduit plus encore la déshydratation extrême qu'entraîne la répétition des vomissements et des selles.

b. Pouls. — D'abord ample et rapide tant que la fièvre est vive, le pouls reprend graduellement ses caractères habituels à mesure que celle-ci s'abaisse et que tout rentre dans l'ordre. Il en est ainsi du moins dans les cas de formes bénigne ou moyenne. Mais dans les cas graves, terminés ou non par la mort, le pouls présente souvent des particularités qu'il convient de noter.

Voici, par exemple, un malade, M. C., qui est au second jour de la période aiguë, avec température presque maxima de 38°8. Son pouls, qui était au début rapide et plein, est en

quelques heures devenu petit, presque filant, bien que la fièvre ne se soit pas modifiée ; sa température périphérique s'est, en outre, sensiblement abaissée (Faubourg Saint-Denis, gr. 2) ; — chez Mme S., malgré une fièvre intense, le pouls devient petit, précipité (120 pulsations) ; les membres se sont refroidis (Saint-Mandé, gr. 1) ; — chez Mlle D., qui meurt le lendemain, la fièvre est toujours là, et cependant les pulsations sont presque incomptables (Saint-Mandé, 13) ; — chez la petite L. enfin, à l'heure où le thermomètre indique 39°, le pouls est faible et rapide, et l'enfant est en état de lipothymies, presque de syncope (Auteuil, gr. 11).

Ces faits s'expliquent aisément : l'activité du poison ingéré par ces malades est si grande, qu'elle ne s'est pas épuisée en frappant les organes digestifs : elle a frappé à son tour le myocarde, dont le pouls nous atteste la défaillance.

Cette petitesse du pouls unie à sa rapidité apparaît de façon plus saisissante encore dans les formes graves, toujours fatales, qui se terminent dans l'hypothermie, après une courte phase d'apyrexie presque complète.

Chez le petit G., 6 ans, la fièvre intense du début tomba rapidement ; mais le pouls incomptable indiquait clairement que le mal était irrémédiable (Auteuil, gr. 13) ; — chez Mme G., 37 ans, il n'y eut pas même ce début bruyant ; mais dès le second jour la petitesse de son pouls, son état syncopal, son refroidissement laissaient prévoir le collapsus (Faubourg Saint-Denis, gr. 9).

c. **Lipothymies. Syncopes.** — Elles traduisent, comme la petitesse du pouls, l'état précaire du

myocarde ; en dehors de toute lésion organique, elles peuvent être l'effet reflexe de phénomènes douloureux intenses. Des lipothymies ont été observées dans les cas de la petite L. (Auteuil, gr. 11) et de Mme P. Saint-Mandé, 3) ; il y eut de véritables syncopes chez Mlle B. (Auteuil, gr. 1), la petite L. (*ibid.*, 11), Mme L. (*ibid.*, gr. 14), la jeune M. (Faubourg Saint-Denis, gr. 5), Mme I. L. (*ibid.*, gr. 1), Mme A. (Saint-Mandé, gr. 6).

d. Refroidissement périphérique. Cyanose. — Dans 17 cas, tous de forme moyenne ou grave, nous avons noté la présence de ces phénomènes. Ils n'ont rien de commun avec le léger refroidissement des extrémités, si banal au début de l'empoisonnement, et qui n'est en somme qu'un épisode du frisson. Spéciaux à la période d'état, ils ne sont pas seulement l'indice d'une intoxication sérieuse, mais un signe que l'organisme fléchit dans sa lutte contre elle; ils sont en un mot l'ébauche de l'algidité commençante. Les extrémités d'abord, puis les membres, subissent un abaissement de température qui peut être assez marqué pour donner à la main qui les touche une impression glaciale. Si l'état du malade ne s'améliore pas, le refroidissement finit par envahir en entier la surface du corps. Ce refroidissement partiel ou total des téguments est l'effet de cette atteinte du myocarde, que nous signalions à propos du pouls, et peut-être aussi

de l'action directe du poison sur les capillaires. Quoi qu'il en soit, la stase sanguine se révèle par une teinte cyanotique d'autant plus prononcée, que le refroidissement est lui-même plus intense.

Particularité remarquable, *cette hypothermie périphérique peut coexister avec une température centrale supérieure à la normale.*

Chez M. B , par exemple, les membres sont glacés et cependant la température centrale dépasse 39° (Auteuil, gr. 8) ; — chez Mme S. le refroidissement est généralisé, bien que la fièvre atteigne 39°2 (Saint-Mandé, gr. 1). Il en est de même chez Mlle D., dont l'hyperthermie s'élève à 39° (*ibid.*, gr. 13).

e **Excitation. Dépression.** — La réaction violente de l'organisme contre l'agent toxique peut se traduire non seulement par la fièvre, mais par des phénomènes d'excitation nerveuse, qui ne sont du reste jamais aussi accentués que dans les empoisonnements par certains champignons.

L'insomnie, *l'agitation* s'observent fréquemment (cas de Mme L. et du jeune L., gr. 2, Auteuil; de la petite L., gr. 11, *ibid.*; de la petite R., gr. 4, Faubourg Saint-Denis ; de M. V., gr. 2, Saint-Mandé ; etc.).

Les troubles moteurs habituels sont le *hoquet*, le *spasme pharyngé*, le *spasme intestinal* et surtout des *crampes musculaires* analogues à celles du choléra. Ces crampes se localisent ordinairement aux membres inférieurs ; les muscles des cuisses et des mollets peuvent en être atteints à

la fois, comme chez le jeune L. (Auteuil, gr. 2) ; mais les mollets sont leur lieu d'élection (cas de Mlle L., gr. 2, Auteuil; de M. B., gr. 8, *ibid.*; etc.). Plus rarement elles se généralisent : chez Mme P., par exemple, elles siègent à la fois aux jambes, aux bras, dans les muscles du cou (Saint-Mandé, gr. 3) ; — même généralisation chez Mme F., qui éprouve en outre des *fourmillements pénibles* limités aux doigts (*ibid.*, gr. 10).

Dans 4 cas, c'est à *la région lombaire* que les douleurs musculaires prédominent (cas de Mlle F., gr. 2; de M. D., gr. 6; de M. F., gr. 10, et de Mme G., gr. 13, Saint-Mandé).

Enfin nous avons observé des *secousses musculaires* chez Mlle D , 17 ans (cas suivi de mort, gr. 13, Saint-Mandé).

Faut-il considérer comme des troubles trophiques dépendant de l'intoxication certaines *arthropathies*, que nous trouvons dans quelques cas d'empoisonnement par la crème ? Nous inclinons à le croire, mais les observations sont trop peu nombreuses pour permettre l'affirmation.

Dans le cas de M. R., 75 ans, dont les accidents furent de gravité moyenne, les douleurs articulaires, localisées aux genoux, sont apparues à la période d'état et ont décliné avec elle (Auteuil, gr. 9). Dans deux autres cas (cas de Mme S., gr. 1 et de Mme M., gr. 12, Saint-Mandé) elles ont été plutôt un phénomène tardif de la période de déclin.

En général, *les phénomènes d'excitation sont incomparablement moindres que les phénomènes de dépression*, avec lesquels d'ailleurs ils s'associent le plus souvent.

A son degré le plus faible, la dépression se témoigne par des *éblouissements*, des *vertiges*, une *lassitude profonde*. Ce sont là faits tellement habituels dans les diverses formes de l'empoisonnement, qu'il est inutile d'en citer des exemples.

Un degré de plus, et l'*asthénie* se réalise : les forces physiques sont exténuées ; le malade est incapable du moindre effort. Cette asthénie est d'autant plus prononcée, que la forme clinique envisagée est plus grave.

Ainsi, chez Mlle B., dont les accidents sont légers, deux jours suffisent à la faire disparaître (Auteuil, gr. 1) ; — 7 jours de repos au lit ne l'améliorent pas sensiblement dans le cas moyen de Mlle L. (*ibid.*, gr. 2) ; — chez Mme L., atteinte d'accidents graves, elle laisse après elle une faiblesse qui subsiste pendant plus d'un mois (*ibid.*, 14).

Que les facultés intellectuelles soient touchées en même temps, un *état de torpeur* se dessine, qui peut aller jusqu'à la *prostration* complète, de la simple *hébétude* à la *stupeur typhoïde*.

Chez Mlle L. (Auteuil, gr. 14), chez la jeune M. (Faubourg Saint-Denis, gr. 5) et chez M. D. (Saint-Mandé, gr. 6), l'état de prostration est déjà très marqué. Il atteint son plus haut degré chez Mme L. (Auteuil, gr. 14), Mme G. (Faubourg Saint-

Denis, gr. 9), Mme S. et Mlle D. (Saint-Mandé, gr. 1 et 13) (1).

Bientôt, quand il ne survient pas d'amélioration, le pouls qui subit la dépression commune se fait petit et mou, le refroidissement apparu aux extrémités gagne de proche en proche. Le visage du malade est anxieux, d'une pâleur terreuse, comme chez M. C. (Faubourg Saint-Denis, gr. 2), ou cyanosé, comme chez Mlle D. (Saint-Mandé, gr. 13) ; les yeux sont excavés, cernés ; les pupilles, qui ont conservé leurs réflexes, sont largement dilatées et semblent emplir les yeux de leur ombre ; les traits sont tirés ; le nez est pincé, la peau sèche. C'est en un mot le *facies grippé* des péritonites.

Déjà dans les formes moyennes de l'empoisonnement peut se marquer une certaine altération des traits, qui en est comme l'ébauche (cas de Mme S., gr. 5, Auteuil ; de la jeune R., gr. 4, Faubourg Saint-Denis) ; mais il n'atteint son complet caractère que dans les formes graves ou mortelles (cas de M. C., gr. 2, Faubourg Saint-Denis ; de Mme G., gr. 9, *ibid.* ; du jeune V., gr. 2, Saint-Mandé ; etc.). Le hoquet (cas de Mlle D., gr. 13, Saint-Mandé), l'*aphonie* (cas de M. B., gr. 8, Auteuil) viennent parfois en accentuer la signification.

1. Chez le petit V., 7 ans, il y a du *délire* pendant un jour (Saint-Mandé, gr. 2).

Si une réaction salutaire ne s'opère pas alors, le refroidissement s'exagère, le pouls devient incomptable, l'anurie absolue se réalise, et le malade s'éteint dans le *collapsus algide* (cas du jeune G., gr. 13, Auteuil ; de Mme G., gr. 9, Faubourg Saint-Denis et de Mlle D., gr. 13, Saint-Mandé).

Il est probable que l'état de sidération du malade peut s'accentuer au point de constituer une sorte de coma terminal ; nous n'en possédons pas d'exemple : Mme T. (Auteuil, gr. 5), le jeune G. (*ibid.*, gr. 13), Mme G. (Faubourg Saint-Denis, gr. 9) et Mlle D. (Saint-Mandé, gr. 13) se sont éteints en conservant jusqu'à la fin une connaissance relativement intacte.

3° TROUBLES CARDIAQUES.

Dans les formes bénignes de l'empoisonnement, le cœur reste normal et ne subit qu'une accélération passagère en rapport avec la fièvre. Il n'en est plus de même dans les empoisonnements graves, notamment dans ceux qui doivent se terminer par la mort. Le cœur, qui subit l'intoxication commune, devient rapide, sourd, irrégulier, comme nous avons pu l'observer pour Mlle D. (Saint-Mandé, gr. 13). Sa faiblesse ne permet plus alors qu'une circulation insuffisante, que traduisent la petitesse du pouls et le refroidissement périphérique ; il est en imminence de collapsus.

4° TROUBLES RESPIRATOIRES.

Quand les douleurs gastro-intestinales sont violentes, l'acte respiratoire devient pour elles une cause d'exacerbations continues, que le malade essaie d'éviter en immobilisant son diaphragme : la respiration devient alors rapide, costale, superficielle.

Plus tard, dans les formes à terminaison fatale, à un stade avancé de l'algidité peut se produire, comme chez Mlle D. (Saint-Mandé, gr. 13), une immobilisation complète du diaphragme, qui s'explique sans doute par des phénomènes de paralysie : la respiration abdominale n'atteint pas même l'ombilic ; la dyspnée est vive, sans signes pulmonaires. Enfin, aux approches de la mort, la respiration se ralentit, devient stertoreuse, irrégulière, et s'arrête définitivement.

5° TROUBLES URINAIRES.

Les urines sont *rares*, *foncées*, de couleur rougeâtre ; elles renferment des pigments biliaires, une forte proportion d'indican et, si le rein est lésé par le poison, une quantité d'albumine qui peut, d'après M. Peytoureau, (1), excéder 1 gramme par litre.

L'*incontinence d'urine* a été observée, mais nous n'en possédons point d'exemple.

1. Peytoureau, thèse de Bordeaux, 1902, page 50.

L'anurie survient normalement à un stade avancé de l'algidité, comme une conséquence de la faiblesse du cœur et de la stase circulatoire qui en résulte (cas de Mme L., gr. 14, Auteuil). Elle s'explique mieux dans certains cas par une altération rénale produite d'emblée ou aggravée par le poison.

C'est ainsi que chez Mlle D., dont l'anurie avait été absolue pendant la dernière journée de sa vie, les reins furent à l'autopsie reconnus atteints de néphrite aiguë (Saint-Mandé), gr. 13).

La crise urinaire survient à la fin de la période d'état, lorsque l'empoisonnement a une terminaison favorable.

6° TROUBLES CUTANÉS.

a. **Sueurs profuses.** — Dans les empoisonnements par la crème, notamment dans ceux de forme grave, apparaissent parfois des sueurs froides qui peuvent être abondantes au point de nécessiter un change de linge fréquent. Nous avons noté leur présence dans 5 de nos cas.

C'est à l'heure où les grands symptômes, subissant une détente marquée, laissent l'organisme dans une extrême faiblesse ; à l'heure où l'algidité se dessine et où la sécrétion rénale est presque tarie, que survient la crise sudorale. Elle est, à notre avis, un signe de bon augure ; du moins, tout semble l'indiquer : sa présence

dans ces 5 cas, dont l'issue fut heureuse, comme son absence dans les empoisonnements à dénouement fatal. Mais comment agit-elle ? Est-ce en suppléant le rein dans sa fonction éliminatrice du poison ? Restitue-t-elle simplement à l'organisme son pouvoir antitoxique, en le purgeant des toxines qu'il fabrique et qui le paralysent ? Nous n'oserions nous prononcer. Quoi qu'il en soit, une amélioration marquée suit de près son apparition.

Chez Mme S., par exemple, la crise sudorale qui apparaît le second jour de l'empoisonnement, à l'heure où l'algidité semble menaçante, est suivie dès le lendemain d'une atténuation sensible des symptômes, qui ne se dément pas ultérieurement (Auteuil, gr. 5) ; — chez Mme I. L., dont le cas est grave, à la fin d'une période alarmante où l'on note syncopes, refroidissement périphérique et petitesse du pouls, surviennent des sueurs abondantes qui sont suivies d'une amélioration définitive (Faubourg Saint-Denis, gr. 1) ; — chez M. C., enfin, mêmes sueurs profuses, même résultat favorable. Seulement ici, nous sommes en présence d'un cas particulièrement grave, et la crise sudorale persiste pendant 8 jours (*ibid.*, gr. 2).

Où apparaît plus nettement encore son influence heureuse, c'est lorsqu'elle se produit, non plus au cours, mais au début des accidents. Il semble alors qu'elle ait sur leur évolution une action abortive analogue à celle des vomissements précoces.

Ainsi M. B., dont les accidents débutent le soir par un

vomissement, des coliques et une abondante diarrhée, éprouve en même temps des sueurs profuses. Tout se borne dès lors à une diarrhée qui disparaît 48 heures après (Faubourg Saint-Denis, gr. 3). — M. V. et son fils mangent chacun un chou à la crème : tous les deux sont malades, et l'enfant très gravement. M. V., au contraire, après une nuit mauvaise, pendant laquelle il est baigné de sueurs, a 6 ou 7 selles diarrhéiques le matin, et, dès le midi, il a recouvré sa santé normale (Saint-Mandé, gr. 2).

b. Eruptions cutanées. — Nous n'en possédons que deux exemples :

Chez la petite L. un exanthème est apparu au cours des accidents toxiques : taches lenticulaires, discrètes, disséminées sur le tronc et la face ; quelques-unes d'entre elles subsistaient encore sur la face après guérison (Auteuil, gr. 11).

Chez Mme L., on a noté la présence de taches purpuriques sur les membres inférieurs (*ibid.*, gr. 14).

DURÉE DE LA PÉRIODE D'ÉTAT

Limiter la période d'état à la durée d'acuité maxima des grands symptômes, ce serait en restreindre le champ d'une façon illogique. Violente ou modérée, la diarrhée verte, tant qu'elle subsiste, indique un état aigu du tube intestinal, dont on ne peut affirmer le déclin qu'à l'heure où cette diarrhée s'arrête ou se modifie. Ce serait en outre refuser droit de cité dans la période d'état à des phénomènes morbides particulièrement graves, tels que l'algidité, dont la venue est précisément consécutive

à l'acmé des grands symptômes. Pour ces raisons, nous appellerons période d'état cette phase de l'empoisonnement caractérisée à son début : par l'apparition du syndrôme ; — pendant sa durée : par la persistance de celui-ci et, s'il y a lieu, par l'apparition de phènomènes algides ; — à sa terminaison : par la disparition définitive du syndrôme et l'amélioration sensible de l'état général.

En nous basant sur ces données, nous avons trouvé, comme durée moyenne de la période d'état :

Dans les empoisonnements de forme bénigne : 2 jours.

Dans les empoisonnements de gravité moyenne : 6 jours.

Dans les empoisonnements de forme grave : 10 jours.

Ces chiffres n'ont rien d'absolu ; entre cas d'un même degré, il peut y avoir des différences de durée très grandes, sans qu'ils cessent néanmoins d'être comparables. C'est que, en matière d'empoisonnements, lorsqu'il s'agit d'assigner à des cas un rang dans l'échelle de gravité, c'est bien moins la durée des accidents qu'il faut envisager, que leur caractère d'intensité.

III

PÉRIODE DE DÉCLIN

La disparition des derniers signes révélateurs d'un état aigu (vomissements, coliques violentes et selles typiques), et l'amélioration simultanée des phénomènes généraux, attestée par l'aspect du malade, l'allure normale de la température et l'abondance des urines, marquent le début de la période de déclin.

Ce qui caractérise cette période, c'est sa remarquable brièveté. En moyenne, elle ne dépasse pas :

1 jour à 1 jour et demi dans les cas de forme bénigne.

3 jours à 4 jours dans les cas d'intensité moyenne.

4 jours à 5 jours dans les cas de forme grave.

Tel malade, comme Mme I. L., dont les accidents sont pendant quinze jours si alarmants qu'on redoute une issue fatale, peut, après un déclin de 3 jours seulement, quitter définitivement son lit ! (Faubourg Saint-Denis, gr. 1).

Mais, hâtons-nous de le dire, si un délai aussi court est suffisant pour assurer la guérison et faire évanouir toute crainte pour la vie du malade, il est loin de suffire toujours à lui rendre son état de santé primitif. Et ce n'est pas une des moindres particularités du poison des

crèmes qu'il faille, après son atteinte, des jours, des semaines, un mois et plus à l'organisme pour recouvrer son équilibre.

La réalité des faits exige donc que nous scindions cette étude en deux parties : l'une, qui a trait à la période de déclin proprement dite ; l'autre, à la convalescence.

1° PÉRIODE DE DÉCLIN PROPREMENT DITE

Les grands symptômes de la période précédente se sont évanouis avec l'état aigu, auquel ils étaient liés ; tous les autres entrent en décroissance.

a. **Vomissements.** — Il n'y en a plus. Seules, les nausées peuvent persister encore quelques heures.

b. **Douleurs abdominales.** — Elles se réduisent, quand elles subsistent, à de simples coliques intestinales (cas de Mlle F., gr. 2, Saint-Mandé).

c. **Diarrhée.** — Très souvent elle a complètement disparu, et peut même être suivie de constipation légère (cas de Maurice F. et de Marcelle F., gr. 3 ; du jeune L., gr. 11, Saint-Mandé).

Il n'est pas rare cependant qu'elle persiste, non plus sous l'un des types de la période d'état,

mais sous la forme de diarrhée séreuse, modérée, sans caractère.

Ainsi chez M. D., après une période d'état qui se termine le 3 septembre, nous voyons subsister une diarrhée légère qui se prolonge jusqu'au 9 septembre (Auteuil, gr. 7) ; — il en est de même chez M. P., dont les accidents ont été bénins (Saint-Mandé, gr. 3). — Mme G., atteinte plus sérieusement, a des selles fréquentes encore pendant les 2 jours de déclin des phénomènes toxiques, et même pendant 5 jours après la guérison définitive (*ibid.*, gr. 13).

Cette persistance des selles diarrhéiques après la période d'état se retrouve à tous les degrés de l'empoisonnement, peut-être même plus souvent dans les formes légères que dans les autres (cas de Mme H., gr. 6; M. P., gr. 3, Saint-Mandé).

d. Troubles secondaires de l'appareil digestif. — L'état saburral des premières voies persiste en s'atténuant pendant quelques jours. La langue, encore blanche (cas du jeune L., 11, Saint-Mandé), se déterge et n'est plus sèche. L'estomac commence à tolérer une alimentation légère ; mais l'inappétence, constante chez tous les malades, subsiste et peut se prolonger longtemps encore.

Les douleurs gastriques intenses ont disparu, mais des crampes d'estomac peuvent leur survivre (cas de M. A., gr. 6; de Mme F., gr. 10, Saint-Mandé).

e. **Fièvre.** — La température est normale. Cependant dans les cas où il y a eu, pendant la période d'état, une tendance marquée à l'algidité, il peut se faire que dans les premiers jours du déclin le thermomètre indique une température légèrement supérieure à la normale. Ce n'est qu'un phénomène de réaction qu'on retrouve dans certaines maladies infectieuses, notamment à la phase de déclin du choléra,

f. **Pouls.** — La faiblesse du pouls traduit simplement l'état d'épuisement du sujet.

g. **Céphalée.** — Les céphalées ne sont pas rares à la période de déclin, mais elles sont beaucoup moins vives qu'à la période précédente; elles peuvent persister après guérison (cas de Mlle F., gr. 2; de Mme D., gr. 5 et de Mme F., gr. 10, Saint-Mandé).

h. **Asthénie.** — En somme tous ces troubles sont légers si on les compare à l'état de dépression, où se trouve alors l'organisme. L'asthénie, toujours prononcée, atteint souvent un degré extraordinaire : les malades se sentent anéantis, sans force, incapables du moindre effort. Des sueurs légères, des céphalées, des vertiges traduisent cette déchéance physique si promptement réalisée. Le visage est pâle, les yeux sont cernés ; une lassitude profonde rend les membres lourds, la parole lente, la pensée nonchalante.

Les jambes sont molles, d'une faiblesse parétique, et se dérobent quand les malades tentent quelques pas.

L'*amaigrissement*, qui est constant, peut atteindre un degré prodigieux, eu égard à la brièveté des accidents :

Il est de deux kilogrammes chez un enfant de 11 ans, le jeune L., après quatre jours d'accidents aigus (Saint-Mandé, gr. 11) ; — de 3.500 grammes chez M. B., après 8 jours de maladie (Auteuil, gr. 7) ; de 5 kilogrammes chez Mme L., 15 jours après le début de son empoisonnement (*ibid.*, gr. 14).

i. **Rechutes.** — Enfin il peut survenir des rechutes à la période de déclin. Le fait n'est point fréquent, mais nous en possèdons un exemple :

Le jeune D., dont les accidents sont de gravité moyenne, a ressenti les premiers malaises le lundi 19 juin. L'empoisonnement est à son déclin le 28 juin, et, ce même jour, le malade se sentant mieux quitte son lit. Dès le lendemain éclatent une diarrhée séreuse, des douleurs lombaires et une céphalée intense, qui le forcent à s'aliter de nouveau. Trois tentatives semblables ont le même résultat et ce n'est que le 9 juillet que le jeune D. peut se lever définitivement (Saint-Mandé, gr. 6).

2° CONVALESCENCE

La guérison peut survenir complète et définitive à la fin de la période de déclin. Il en est presque toujours ainsi dans les cas bénins, beaucoup moins souvent dans les cas de forme moyenne, presque jamais dans les empoisonnements gra-

ves. Elle peut au contraire n'être que relative et aboutir à un état de santé précaire susceptible de se prolonger plus ou moins, selon le degré de l'atteinte subie et selon les ressources de l'organisme intéressé.

Dans l'affaire de Saint-Mandé, 20 cas se sont terminés d'emblée, sans suites fâcheuses; 16 autres ont nécessité une convalescence ; — dans l'affaire d'Auteuil, la guérison a été complète dans 14 cas, incomplète dans 15 autres ; — complète 12 fois, dans l'affaire du Faubourg Saint-Denis, elle a été 13 fois incomplète.

Il est donc permis de dire que, dans la moitié des cas, l'empoisonnement par la crème laisse des suites, qui nécessitent une véritable convalescence.

a. **Asthénie.** — L'asthénie est de tous les phénomènes persistants le principal et le plus constant. Légère ou profonde, elle se retrouve chez tous les convalescents. Elle se traduit ici encore, à son moindre degré : par de la faiblesse musculaire, surtout marquée aux membres inférieurs ; parfois, par des engourdissements, comme chez Mme D. (Saint-Mandé, gr. 5); plus accentuée, elle se manifeste par un état de lassitude profonde et d'impuissance musculaire, qui rendent le sujet incapable d'effort ou d'un travail soutenu.

Chez la petite L., par exemple, elle atteint un tel degré, que

l'enfant ne peut faire quelques pas qu'en s'appuyant aux meubles ou au bras de son père ; sans ce secours, elle titube et chancelle (Auteuil, gr. 11) ; — chez le jeune L., l'asthénie est encore si grande après 8 jours de convalescenee, que le petit malade ne peut reprendre ses jeux ni ses promenades (*ibid.*, gr. 2).

Le visage demeure pâle ; l'amaigrissement ne se répare que lentement. Des vertiges et des céphalées reviennent d'une façon capricieuse.

b. Quelquefois, mais rarement, il y a des **douleurs articulaires.**

Ainsi, quand Mme S. se lève pour la première fois, après guérison, elle éprouve des douleurs très vives dans les genoux (Saint-Mandé, gr. 1). — Chez Mme M. la douleur articulaire est localisée au poignet droit. Quand nous examinons la malade quelques jours après sa guérison, nous constatons à ce niveau un faible gonflement avec chaleur locale et teinte rosée de la peau (*ibid.*, gr. 12).

c. **Appareil digestif.** — Souvent un léger état saburral persiste, avec inappétence accentuée. Très rarement on observe des coliques, comme dans le cas de Mlle F. (Saint-Mandé, gr. 2) ; rarement aussi un peu de constipation (cas de Maurice et de Marcelle F., gr. 3, Saint-Mandé), ou des crampes d'estomac (cas de Mme F., gr. 10, *ibid.*). Chez Mme D. un léger état nauséeux, accompagné de vertiges et de céphalées, survient de façon capricieuse, généralement le matin (Saint-Mandé, gr. 5).

Une diarrhée séreuse, indolore, s'observe assez souvent aussi bien chez des convalescents qui furent atteints gravement (Mme G., gr. 13, Saint-Mandé), que chez des sujets dont les accidents ont été bénins (M. P., gr. 3 ; Mme H., gr. 6, Saint-Mandé). Vient-elle à s'arrêter, le moindre écart de régime la fait aussitôt reparaître.

Durée de la convalescence. — Peu à peu tout rentre dans l'ordre : 5 ou 6 jours suffisent le plus souvent dans les cas légers à rendre à l'organisme son équilibre (cas de M. A., gr. 6 ; de M. G., gr. 8, Saint-Mandé ; de M. L. et Mme L., gr. 2, Auteuil, etc.) ; — il en faut 10 à 15 dans les cas moyens (cas du jeune L. et de Mlle L., gr. 2, Auteuil, etc.) ; — 15 à 30 dans les cas graves (cas de Mme L., gr. 14, Auteuil).

Mais ce ne sont là que des chiffres moyens. En réalité, il est impossible de formuler des règles à cet égard : tel cas de forme bénigne guérit sans laisser de suites, alors que tel autre produit une asthénie capable de durer une semaine et même plus (cas de M. P., gr. 3, Saint-Mandé). Inversement, des cas indiscutablement sérieux comportent parfois une convalescence d'une brièveté prodigieuse.

C'est ainsi que la petite R., 5 ans, peut, 2 jours après une période d'accidents alarmants, se lever définitivement guérie (Faubourg Saint-Denis, gr. 4).

FORMES CLINIQUES

Il nous est arrivé plus d'une fois, au cours de l'étude qui précède, d'insister sur ce fait que la durée des accidents n'est point toujours en rapport avec leur gravité. Sans doute ce rapport s'observe souvent, mais trop d'exceptions viennent le contredire pour qu'on puisse établir d'après lui des degrés cliniques dans l'empoisonnement. Un seul exemple suffit à montrer à quel point serait fautive une classification basée sur la durée des cas : M. F., après ingestion d'une crème toxique, est pris d'accidents qui le retiennent au lit pendant 15 jours (Saint-Mandé, gr. 10) ; le jeune V. qui mange un chou à la crème doit s'aliter pour 15 jours également (*ibid.*, gr. 2). Or, malgré leur durée identique, ces cas ne sont nullement comparables : M. F. n'a subi qu'une atteinte sans gravité, mais à évolution lente ; le jeune V., au contraire, a présenté des accidents si sérieux, qu'on a craint un dénouement fatal.

En réalité, *c'est à la maladie elle-même qu'il faut demander l'élément grâce auquel nous pourrons dire si elle est bénigne ou si elle est grave*; *et ce criterium qu'elle porte en elle, c'est cet ensemble de phénomènes morbides qui constitue l'algidité.* Tous les cas d'intoxication où ce syndrôme est présent doivent être réputés graves, car le pronostic en est sombre ; tous les cas où il est absent doivent être considérés comme bénins, car la mort n'en est jamais la terminaison. Nous devons donc distinguer d'après lui deux grands types cliniques d'empoisonnement :

1° *Un type gastro-intestinal pur, sans mélange de phénomènes algides ;*

2° *Un type mixte, à phénomènes algides et gastro-intestinaux associés.*

Au premier type, dont le pronostic est toujours excellent, se rapportent tous ces cas que nous avons appelés, pour la commodité de nos statistiques, légers et très-légers. Cliniquement, cette nuance n'existe pas et nous les désignerons sous le seul nom qui leur convienne : formes bénignes.

Au deuxième type appartiennent toutes les formes sévères de l'empoisonnement. Les unes, où les deux catégories de phénomènes figurent pour une part sensiblement égale, peuvent encore aboutir à la guérison : ce sont les formes graves ; les autres, où l'algidité prédomine manifestement et s'établit presque d'emblée, ont tou-

jours un dénouement fatal : ce sont les formes hypertoxiques.

A s'en tenir à ces deux types, véritables antithèses, on risquerait de faire œuvre un peu trop schématique. La réalité, qui n'a pas de ces rigueurs, réclame entre ces deux extrêmes un terme de transition : la forme moyenne. Intermédiaire aux formes bénignes et aux formes graves, elle est comme un degré supérieur des premières, comme une ébauche des secondes, et son pronostic résulte de ce double rapport : il demeure bon relativement à la vie du malade, mais il est sérieux, si l'on envisage les suites.

Nous voici donc en possession de quatre modalités cliniques parfaitement définies :

1° **Une forme bénigne,** *où le syndrôme gastro-intestinal existe pur de tout mélange, mais un syndrôme très atténué, souvent incomplet, réduit à son minimum.*

L'organisme est à peine menacé et la température reste normale.

2° **Une forme moyenne,** *où, parmi les symptômes gastro-intestinaux presque toujours complets et violents, se glissent déjà certains signes fugitifs d'une algidité qui menace, mais ne se réalise pas.*

L'organisme vivement atteint par le poison lui oppose une résistance énergique que traduit l'ascension thermique.

3° **Une forme grave**, *où s'associent des phénomènes algides nettement caractérisés et un syndrome gastro-intestinal toujours complet et très violent.*

L'organisme, qui a d'abord réagi au poison, faiblit peu à peu : de l'hyperthermie il glisse à l'hypothermie. La mort survient si le poison n'est pas éliminé en temps opportun.

4° **Une forme hypertoxique**, *où l'algidité se réalisant presque d'emblée prédomine sur les autres symptômes au point de les faire paraître secondaires.*

L'organisme, foudroyé par le poison, réagit peu ou point et tombe dès le début en hypothermie. La mort est inévitable.

Voyons comment évolue chacune de ces formes.

I

FORME BÉNIGNE

1° SYMPTOMES

a. **Incubation.** — L'incubation, généralement longue, dure de 12 à 36 heures. Dans de rares cas, elle peut être plus brève ou se prolonger au-delà de cette durée. Pendant sa phase de latence, le sujet n'a nul soupçon de l'intoxication qui le menace : la nuit, son sommeil est

paisible ; le jour, il est dispos, et se livre sans fatigue à ses occupations quotidiennes et même aux exercices physiques.

Ce bien-être dure peu, car les prodromes, qui manquent rarement dans la forme bénigne, tiennent une large place dans la période incubatrice. Ils sont en revanche assez indécis, peu accentués, proportionnés en un mot aux accidents qu'ils annoncent. C'est souvent au réveil ou après un repas, que se fait leur apparition. Le sujet éprouve de petits frissons, une céphalée légère, une impression de froid, des lourdeurs d'estomac. Sa langue est un peu blanche ; l'appétit lui manque et l'idée de manger lui répugne ; il se sent las, morose, sans courage. Cet état de choses persiste en s'accentuant graduellement pendant une ou plusieurs heures, une journée, parfois davantage. Vers la fin apparaissent des sensations nauséeuses, quelques crampes d'estomac, des douleurs d'entrailles. Dans cet ensemble assez vague, ce qui domine ce sont les impressions de froid et de lassitude.

b. **Période d'état.** — Après un frisson plus marqué que les précédents, au milieu d'un cortège de coliques assez vives, de nausées et de crampes d'estomac, la diarrhée fait son apparition. Les selles, abondantes et quelquefois fréquentes dans les premières heures, deviennent rapide-

ment vertes ou glaireuses ; elles exhalent une odeur infecte.

Les vomissements font très souvent défaut ; lorsqu'ils existent, ils peuvent être rares, ou, au contraire, constituer le symptôme dominant. Une soif vive en est la conséquence naturelle, mais ils procurent du soulagement au malade, et il semble bien qu'ils modèrent le processus toxique.

Tandis que se déchaînent les grands symptômes, les malaises généraux atteignent leur maximum : le malade est fatigué par les efforts souvent infructueux qu'il fait pour vomir, affaibli par la diarrhée et légèrement déprimé par les douleurs assez vives qu'il ressent : crampes musculaires aux mollets, crampes d'estomac, coliques intestinales. Cela ne dure que quelques heures.

Dès la fin du premier jour déjà se produit un apaisement relatif. Le second jour, les vomissements ont disparu ; la diarrhée, qui conserve ses caractères, se réduit à quelques selles de plus en plus espacées. Les coliques sont moins vives, les crampes d'estomac et les douleurs musculaires moins fréquentes, mais la fatigue demeure grande et l'inappétence complète.

c. **Déclin.** — La diarrhée s'arrête ; si elle persiste, ce n'est plus sous l'aspect typique qu'elle avait à la période aigüe. Les signes douloureux

qui subsistent se bornent à quelques coliques et à quelques crampes d'estomac apparues de loin en loin. Le malade qui s'est couché pendant un ou deux jours se sent assez bien pour quitter son lit.

Au 4e ou au 5e jour de la maladie, tout est rentré dans l'ordre.

Un peu de faiblesse et de lassitude, un peu d'inappétence peuvent persister pendant une semaine environ.

d. *Durée totale, sans l'incubation ni les suites* : 4 ou 5 jours.

e. *Pronostic* : excellent.

2° PARTICULARITÉS

a. Dans un seul cas, l'incubation a été inférieure à 6 heures ; dans trois autres, elle n'a pas atteint 12 heures. Dans 6 cas, au contraire, elle a excédé 36 heures. Tous les autres cas (38) ont eu une durée d'incubation comprise entre 12 et 36 heures.

L'incubation peut demeurer latente jusqu'à la période d'état qui débute alors sans prodromes (cas de M. M., gr. 5, Saint-Mandé) ; ces cas sont rares.

b. Tout peut se borner à des prodromes qui n'aboutissent pas : l'empoisonnement avorte en

quelque sorte et ne parvient pas à sa période d'état. Ces cas frustes sont des raretés dont nous ne possédons qu'un exemple (cas de M. M., gr. 9, Saint-Mandé).

c. Certains cas, d'une bénignité extrême, peuvent évoluer en quelques heures, avec ou sans prodromes; la guérison survient le jour même après des accidents qui se réduisent à 5 ou 6 selles presque indolores et à quelques malaises (cas de M. M., gr. 5 et de Mme J., gr. 14, Saint-Mandé).

II

FORME MOYENNE

1° SYMPTOMES

a. Incubation. — L'incubation, plus courte ici que dans la forme précédente, varie de 6 à 24 heures; mais elle peut se prolonger davantage.

A sa phase de latence absolue succède une phase de prodromes relativement brève, si on la compare à la durée des accidents ultérieurs. Ces prodromes d'abord vagues se précisent rapidement et revêtent alors un caractère de violence inconnu aux prodromes de la forme bénigne : la fièvre avec céphalée et soif vives, des frissons continuels avec sensation de froid intense, l'in-

somnie, l'agitation, les vertiges, un état saburral très marqué, des nausées, des crampes d'estomac et des douleurs abdominales, une courbature générale, une lassitude profonde sont des signes presque constants qui s'accentuent graduellement jusqu'à la période d'état, où ils atteignent leur maximum. Un frisson prolongé annonce souvent l'apparition de cette période.

b. Période d'état. — Tantôt le syndrôme toxique se déclare d'emblée; tantôt c'est la diarrhée qui ouvre la scène, accompagnée de douleurs abdominales continues et paroxystiques. Les vomissements, qui font rarement défaut, suivent de près : les nausées redoublent à leur approche et des douleurs gastriques très-vives marquent leur émission. Quelquefois ce sont les vomissements qui précèdent la diarrhée.

Le malade est agité, fiévrieux (température : 39 à 40°), brisé de fatigue. La céphalée est intense ; des crampes douloureuses tordent les mollets et les muscles des cuisses. Les selles verdâtres, parfois glaireuses, se répètent 15, 20, 30 fois et davantage le premier jour ; elles peuvent même être profuses et sanglantes. Les vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux et fétides comme les selles, ne se prolongent guère au-delà du premier jour ; mais les nausées n'en sont que plus fréquentes. L'intolérance gastrique est absolue.

Le second et le troisième jour, mêmes symptômes. Pourtant les selles se font plus rares, les douleurs gastro-intestinales perdent de leur violence, les vomissements ont disparu. La température n'excède plus 38° à 38°5 ; l'asthénie devient prépondérante.

C'est alors que peut se produire comme une ébauche d'algidité : un certain refroidissement se marque aux extrémités du malade, qui se plaint du froid et qu'on ne parvient pas à réchauffer ; le pouls est un peu mou ; les traits du visage sont légèrement altérés ; des lipothymies surviennent.

Ce n'est là qu'une menace : le pouls se relève bientôt, l'émission des urines reste satisfaisante et le refroidissement périphérique, loin de s'étendre, commence à rétrocéder. Quant à l'altération du visage, elle est en relation non seulement avec l'asthénie du sujet, mais avec la dépense nerveuse causée par ses souffrances.

Pendant les 2 ou 3 derniers jours de la période d'état, la température, poursuivant sa descente, revient progressivement à la normale ; la diarrhée, toujours verte, se réduit à quelques selles quotidiennes ; des crampes et des coliques remplacent les gastralgies et les douleurs abdominales continues ; l'intolérance gastrique tend à s'atténuer.

c. **Déclin.** — La diarrhée s'arrête définitive-

ment et tous les autres symptômes entrent en décroissance. Le pouls est satisfaisant, les urines deviennent claires et abondantes. Le malade se sent mieux et commence à s'alimenter légèrement ; 3 ou 4 jours plus tard il est guéri et peut se lever pour la première fois.

d. **Suites.** — Fréquemment cependant il lui reste de l'atteinte toxique un léger état saburral, une inappétence accentuée et surtout une asthénie profonde qui peut subsister pendant une ou plusieurs semaines.

e. **Durée de l'empoisonnement moyen, sans l'incubation ni les suites** : 8 à 10 jours.

f. **Pronostic** : excellent, si l'on ne considère que la possibilité d'une issue fatale ; beaucoup moins favorable que pour l'empoisonnement de forme bénigne en ce qui concerne les suites.

2° PARTICULARITÉS

a. La durée de l'incubation a été supérieure : dans 4 cas, à 24 heures ; dans 2 cas, à 36 heures ; dans 2 cas, à 60 heures. Dans tous les autres (36), elle a varié de 6 à 24 heures.

b. La phase prodromique peut manquer, assez rarement, il est vrai, et l'incubation reste latente jusqu'à la période d'état (cas de M. S., gr. 1 ; de Mlle F., gr. 2 ; de M. D., gr. 6, St-Mandé, etc.).

c. Les vomissements font quelquefois défaut (cas de Maurice F., gr. 3 ; de Mme P , gr. 3 ; du jeune L., gr. 12, Saint-Mandé, etc.) ; ou persistent au contraire pendant toute la période d'état (cas de Mlle F., gr. 2, *ibid.*).

d. La guérison peut survenir d'emblée, sans nécessiter de convalescence ultérieure ; mais c'est l'exception.

III

FORMES GRAVES

SYMPTOMES

a. **Incubation.** — La durée de l'incubation varie de une demi-heure à 24 heures. Les prodromes font défaut dans la moitié des cas environ, et notamment dans ceux dont les accidents doivent être particulièrement sévères. Quand ils existent, ils sont presque toujours très-courts et d'une violence extrême. Le sujet est pris en quelques instants de douleurs intenses gastriques et abdominales, de nausées, de douleurs musculaires continuelles. En même temps surviennent une céphalée vive, une fièvre ardente avec frissons, courbature, sensation de froid très accentuée. Tous ces signes subissent une progression rapide jusqu'à l'heure où éclatent les grands accidents.

b. Période d'état : 1° *Phase de phlegmorragie.* — Elle est bruyante et dramatique. Le malade, agité, fiévreux et frissonnant, en proie à une céphalée intolérable, est pris de vomissements violents et de diarrhée profuse accompagnés de nausées et de douleurs gastro-intestinales, qui atteignent un degré d'acuité atroce. La douleur continue, pongitive, angoissante, qu'il ressent à l'épigastre, s'exaspère à chaque effort de vomissement et se propage en irradiations déchirantes dans les hypochondres, aux lombes, entre les épaules.

Les vomissements, d'abord alimentaires, sont bientôt muqueux, verdâtres et fétides. Leur émission pénible produit dans le pharynx une sensation de brûlure ou de déchirement ; des mucosités filantes encombrent la gorge ; la soif est intense, la respiration précipitée et haletante.

Les douleurs abdominales, non moins violentes, subissent des paroxysmes intolérables à l'occasion des selles, des vomissements, du moindre mouvement ; le ventre est rétracté, les cuisses sont fléchies sur le ventre. Les déjections alvines incessantes, incoercibles, accompagnées de ténesme rectal, prennent très-vite leur aspect caractéristique ; elles peuvent être striées de sang ou franchement noires, quand les hémorragies intestinales sont abondantes.

Des crampes douloureuses tenaillent les mol-

lets, les muscles des cuisses, souvent même les muscles des mains et des bras ; le corps est brisé ; le visage, altéré par l'épuisement nerveux, paraît amaigri. La température est voisine de 40°.

2° *Phase d'algidité.* — Le 3e jour, souvent même dès la fin du second, les vomissements se font plus rares ; la diarrhée, extrêmement fréquente encore, s'est cependant un peu ralentie ; les douleurs s'assourdissent et deviennent moins intolérables ; la céphalée est moins intense. Le thermomètre oscille entre 38°5 et 39°.

Seulement, le pouls qui était ample et rapide est à présent mou et précipité : il atteint 100 à 120 pulsations ; les bruits du cœur sont irréguliers et mal frappés ; les urines, foncées et rougeâtres, souvent albumineuses, menacent de se tarir ; les extrémités du malade sont froides et cyanosées, et les membres ont tendance à se refroidir à leur tour. L'altération des traits s'est accentuée ; ce n'est plus le visage lassé, creusé par la souffrance, c'est le facies grippé des atteintes péritonéales : la peau est sèche ; les pupilles, largement dilatées, font tache d'ombre dans l'excavation des yeux.

L'asthénie est absolue. Des lipothymies, des syncopes, un état de prostration qui peut aller jusqu'à la stupeur typhoïde, quelquefois du délire, traduisent la dépression profonde de l'organisme.

Dès cet instant la mort peut survenir : alors, l'adynamie grandit encore, l'anurie se réalise, le refroidissement et la cyanose gagnent le tronc ; le pouls se fait si petit, qu'il devient incomptable ; la respiration, rapide et superficielle peu de temps auparavant, devient lente, stertoreuse, entrecoupée et la mort survient dans le collapsus (1).

Mais, en général, le danger est moins immédiat et l'empoisonnement poursuit son cours. En 3 ou 4 jours, la température qui atteignait 39° revient graduellement à la normale, et pendant ce temps les phénomènes algides demeurent sensiblement stationnaires : le pouls reste petit et rapide, les urines rares, le refroidissement périphérique accentué. Les douleurs demeurent vives et les selles se répètent encore de 10 à 20 fois dans les 24 heures ; mais les vomissements se sont arrêtés et le léger bien-être que le malade en éprouve lui permet de goûter quelque repos.

Vers le 7e jour, le thermomètre indique 37°. Dès lors, deux modalités également fréquentes peuvent s'observer dans l'évolution des accidents :

Ou bien l'algidité menaçante rétrocède. Il se produit alors une légère réaction fébrile : la température, qui s'était abaissée rapidement à la

1. Cas de Mlle D., gr. 13, Saint-Mandé.

normale, revient le soir aux environs de 38° (1). Le malade perd son aspect grippé et l'état syncopal s'améliore progressivement. Au 10e jour de la maladie, le thermomètre retombe définitivement à la normale, la diarrhée s'arrête et le déclin de l'empoisonnement s'accomplit.

Ou bien le thermomètre, continuant sa descente, s'abaisse au-dessous de 37° : le malade, glacé, est alors en hypothermie. La situation est très grave et comporte deux dénouements : si l'atteinte toxique est irrémédiable, l'algidité, au lieu de rétrocéder, se complète en 3 ou 4 jours et le malade s'éteint dans le collapsus algide (2). Si, au contraire, l'issue doit être favorable, des sueurs froides, continues et profuses surviennent, véritable crise sudorale qui va durer plusieurs jours et qui supplée peut-être l'élimination rénale insuffisante (3). Le malade est glacé par suite de l'évaporation cutanée qu'il subit ; mais l'hypothermie reste légère, le pouls tend à s'améliorer et le facies est moins alarmant. Les signes gastro-intestinaux s'amendent eux-aussi et font prévoir que le déclin est proche : la langue, qui était noire et rotie, se déterge peu à peu ; les douleurs, encore vives, s'espacent de plus en plus

1. Cas de la petite L., gr. 11, Auteuil.
2. Cas de Mme T., gr. 5, Auteuil.
3. Cas de M. C., gr. 2, et de Mme I. L., gr. 1, Faubg, Saint-Denis.

et la diarrhée se réduit à 5 ou 6 selles dans les 24 heures.

c. **Déclin.** — Vers le 10e jour, la température revient à la normale et le pouls, encore petit, commence à se relever ; la diarrhée disparaît définitivement ; les urines deviennent plus abondantes. Le malade baigné de sueurs et infiniment faible se sent pourtant renaître à la santé ; il recouvre sa gaîté et commence à s'alimenter. Mais l'inappétence demeure grande ; la langue est encore saburrale et restera telle bien au-delà de la guérison ; des crampes, des coliques légères reviennent de loin en loin, comme un dernier écho de l'orage qui se dissipe. Au 4e ou au 5e jour du déclin, quand il peut quitter son lit, le malade est pâle, extrêmement amaigri et dans un état de faiblesse extraordinaires.

d. **Suites.** — Quinze jours, un mois ou davantage sont nécessaires à l'organisme pour qu'il puisse recouvrer son équilibre après une atteinte aussi rude. Mais il est certain qu'il en gardera, longtemps après, une susceptibilité particulière à toutes les influences morbides et spécialement aux affections gastro-intestinales.

e. *Durée de l'empoisonnement, sans l'incubation ni les suites* : 15 jours.

f. *Pronostic* : sévère. Sur 9 de nos cas, qui appartiennent à cette forme, 2 se sont terminés

par la mort (cas de Mme T., gr. 5, Auteuil, et de Mlle D , gr. 13, Saint-Mandé). Les 7 autres ont guéri, mais en laissant l'organisme dans un état très-précaire.

Une incubation courte et sans prodromes, l'apparition rapide de phénomènes algides très-accentués, enfin la mauvaise qualité du terrain sur lequel évolue l'intoxication sont autant d'éléments qui assombrissent le pronostic.

IV

FORMES HYPERTOXIQUES

Dans les deux exemples, que nous en possèdons, la durée de l'incubation n'a pas excédé 8 heures, et il n'y a pas eu de prodromes.

Nous distinguerons dans les formes hypertoxiques deux variétés cliniques : une forme fébrile, une forme apyrétique.

A. FORME FÉBRILE

Ce n'est en somme qu'un degré supérieur de la forme grave : les phases habituelles de l'intoxication sont les unes supprimées, les autres abrégées. L'empoisonnement brûle les étapes : l'incubation est brève; les prodromes manquent; la phase algide de la période d'état ne succède plus à la phase hyperthermique, elle évolue parallèlement, pour ainsi dire.

Symptômes. — Le syndrôme se réalise d'emblée : au milieu de frissons violents, de nausées et de crampes musculaires continuelles apparaissent les vomissements incoercibles et la diarrhée profuse. Le malade, en proie à une fièvre intense et à une céphalée insupportable, éprouve des douleurs gastro-intestinales continues et paroxystiques d'une extraordinaire acuité.

Le cœur, frappé par le poison presque en même temps que l'appareil digestif, faiblit bientôt ; le pouls est petit et rapide ; les extrémités se refroidissent et se cyanosent ; les traits altérés expriment l'angoisse et la souffrance.

En quelques heures, tandis que les symptômes gastro-intestinaux poursuivent leur cours implacable, l'algidité s'accroît et se confirme : la fièvre fait place à l'hypothermie ; le pouls, d'abord filant, devient incomptable ; les urines sont supprimées. Le malade cyanosé, agité de secousses musculaires, est plongé dans une stupeur profonde. Une terminaison fatale est inévitable : la mort survient dans le collapsus.

Ce dénouement s'est produit en 29 heures chez le jeune G. (Auteuil, gr. 13).

B. FORME APYRÉTIQUE

Ici nous ne trouvons plus les symptômes bruyants du type précédent. L'intoxication débute insidieusement, sans prodromes, avec

l'allure d'une atteinte des plus bénignes. Seulement, dès son apparition, se laissent voir des signes d'une algidité, qui va s'accentuer d'heure en heure.

Symptômes. — Un léger état nauséeux, de petites coliques, une selle liquide : voilà le début. Le malade, triste et abattu, se sent glacé, mais il n'éprouve pas de sensations douloureuses. Une demi-heure ou une heure après, nouvelles coliques bénignes comme les premières et nouvelle selle. Cela se reproduit ainsi pendant quelques heures, sans plus de violence. Le malade est seulement plus abattu, son état nauséeux plus accentué.

Bientôt surviennent quelques vomissements abondants, provoqués d'ailleurs pour la plupart par les boissons qu'on fait prendre au malade. Sa soif est en effet très-vive et son intolérance gastrique absolue.

La fièvre fait défaut et la céphalée se réduit à de simples lourdeurs de tête. Mais le sujet est graduellement plus las et plus abattu ; il a des faiblesses, une sensation de froid intense et un refroidissement marqué des extrémités ; son pouls est mou et bat 100 pulsations. La première journée s'achève dans ces conditions.

Le second jour, la diarrhée qui s'était ralentie reparaît toutes les heures ; les selles sont vertes et fétides ; les vomissements demeurent rares.

Les douleurs, sauf quelques coliques très-supportables, manquent toujours. Mais l'asthénie progresse d'une façon inquiétante; les lipothymies sont continuelles; le refroidissement s'étend aux membres; la température centrale est inférieure à la normale; les pulsations, au nombre de 110, sont petites et filantes.

Le 3e jour, la diarrhée devient rare et les vomissements cessent. Mais l'asthénie atteint son maximum; le thermomètre indique une température centrale de 35° à 36°; les téguments sont froids et le pouls n'est plus perceptible. La mort survient dans le collapsus algide, sans agonie, sans souffrances, en pleine connaissance (cas de Mme G., gr. 9, Faubourg Saint-Denis).

Durée de l'empoisonnement, sans l'incubation : 2 à 3 jours.

Pronostic : toujours fatal.

DIAGNOSTIC

L'empoisonnement dû à la crème toxique est une gastro-entérite caractérisée : 1° par une incubation généralement longue (12 à 36 heures en moyenne) ; 2° par des douleurs gastro-intestinales souvent très-violentes et par une diarrhée abondante, bilieuse et fétide, qui précède presque toujours les vomissements, quand elle ne survient pas en même temps qu'eux ; 3° par des vomissements fréquents, bilieux et fétides ; 4° par l'apparition, dans les formes graves, de symptômes algides pouvant aboutir au collapsus ; 5° par la lenteur de sa convalescence.

Quoi qu'on en ait dit (1), *aucun de ces signes n'est réellement pathognomonique de l'empoisonnement par la crème.* Considérés isolément, on les retrouve dans certaines affections de l'appareil digestif et dans de nombreuses intoxications par poisons minéraux, végétaux et alimentaires ; envisagés dans leur ensemble, ils acquièrent

1. Peytoureau, thèse de Bordeaux, page 51.

assurément une valeur diagnostique beaucoup plus grande, mais ils rappellent encore à s'y méprendre les infections intestinales colibacillaires et cholériques.

Les causes d'erreur se multiplient bien davantage, lorsque l'empoisonnement par la crème ne présente pas au complet les caractères, que nous venons de lui assigner. Son incubation peut être extrêmement courte (formes graves) ; les vomissements peuvent faire défaut (formes bénignes) ; la diarrhée peut être simplement séreuse, muqueuse, muco-glaireuse, sans coloration verte ; la convalescence peut manquer ou être remarquablement brève. Toutes ces infractions, qui ne sont point des raretés, diminuent d'autant ce que l'ensemble symptômatique pouvait avoir de typique et contribuent à égarer le diagnostic en effaçant les différences qui existent entre l'empoisonnement caractérisé et d'autres affections toxiques ou non toxiques.

Nous allons passer rapidement en revue d'abord les affections aiguës, puis les intoxications, que peut simuler plus ou moins l'empoisonnement par la crème, et indiquer, s'il y a lieu, les caractères qui permettent de l'en différencier.

A. — Affections gastriques et gastro-intestinales aigues.

1° Indigestion. — *L'indigestion*, survenant chez

un sujet qui a consommé un gâteau à la crème, pourrait être prise pour le début d'un empoisonnement. Mais l'indigestion, simple arrêt des phénomènes digestifs, survient peu de temps après le repas, avant que le travail stomacal ne soit achevé ; les vomissements sont purement alimentaires et la diarrhée, d'ailleurs inconstante, ne présente pas le type bilieux avec glaires ou parcelles riziformes ; la guérison survient en quelques heures, sans convalescence.

2° **Gastrite catarrhale aiguë.** — *L'embarras gastrique apyrétique ou fébrile* comporte comme l'empoisonnement par la crème des phénomènes généraux : fatigue, céphalée, frissons, anorexie, et des phénomènes digestifs : état saburral de la langue, nausées, douleurs épigastriques, vomissements qui peuvent être bilieux et incoercibles ; mais il n'y a ni diarrhée, ni phénomènes intestinaux.

Quant à la *fièvre gastrique bilieuse* qui présente, outre les symptômes précédents, des selles bilieuses et fétides, elle ne se rencontre guère que dans les pays chauds et humides.

3° **Entérites.** — Les diverses entérites, auxquelles s'associent très-souvent des phénomènes gastriques, ont d'autant plus de rapport avec l'empoisonnement par la crème, que

celui-ci n'en est en somme qu'une variété d'origine toxique.

a) *L'entérite aiguë fébrile*, affection qui du reste est particulière à la première enfance, se distingue de l'empoisonnement par la rareté des vomissements et des selles, en contraste avec la gravité des phénomènes généraux : fièvre élevée et coma ou, au contraire, algidité.

b) L'entérite aiguë à forme typhoïde (*paratyphoïde*), qui n'est peut-être qu'une fièvre typhoïde atténuée (Chantemesse) et qui règne épidémiquement à l'époque où sévit la fièvre typhoïde, se traduit par de l'inappétence, des nausées, de la courbature, de la céphalalgie, du ballonnement du ventre et des selles verdâtres, comme dans l'empoisonnement par la crème ; mais les symptômes douloureux sont très-atténués, la diarrhée n'est pas profuse, les vomissements font défaut, l'évolution est lente.

c) Au contraire, l'*entérite cholériforme* de l'enfant (*choléra infantile*) ou de l'adulte (*choléra nostras*), qui reconnaît pour agent causal le colibacille, simule absolument par son allure, sa violence et ses symptômes l'empoisonnement dû au poison des crèmes. Elle est caractérisée comme lui par des coliques, des vomissements, une diarrhée séreuse tantôt incolore, tantôt verdâtre et renfermant des grains rizi-formes ou des matières semblables à des hachures d'épinards. Comme lui, après une phase fébrile qui

peut manquer, elle comporte une phase d'algidité avec pouls rapide et petit, cyanose, refroidissement périphérique, facies grippé, prostration, crampes douloureuses, agitation, hypothermie. La mort survient en 3 ou 5 jours. Quand la terminaison doit être favorable, une phase de réaction fébrile annonce la guérison.

Entre cette entérite et l'empoisonnement par la crème il n'y a que des nuances. C'est tout au plus si l'on peut dire que dans ce dernier les phènomènes douloureux sont plus accentués, l'hypothermie moindre, la phase de réaction moins nettement dessinée. En fait, si d'aventure le malade atteint d'entérite cholériforme avait consommé une crème suspecte, ce n'est qu'en constatant l'absence de phénomènes toxiques chez des personnes ayant partagé le même gâteau, et aussi en se basant sur l'existence de cas d'entérite cholériforme survenus par ailleurs, qu'on pourrait innocenter la crème et incriminer le colibacille.

L'*entérite due au bacille cholérique* est calquée trait pour trait sur l'entérite colibacillaire. C'est dire qu'en temps d'épidémie cholérique un empoisonnement par la crème pourrait facilement être pris pour une attaque de choléra. Mais l'absence du vibrion spécifique dans les selles, le séro-diagnostic qui serait négatif dénonceraient évidemment l'empoisonnement. Notons encore que dans le choléra il y a très-souvent

une diarrhée prémonitoire qui n'existe presque jamais dans l'empoisonnement, que les symptômes douloureux y sont moindres, enfin que les selles cessent habituellement d'être bilieuses quand elles deviennent riziformes, tandis que ces deux caractères s'associent dans l'intoxication par la crème.

d) L'*entérite dysentériforme* est un type que revêt quelquefois l'empoisonnement par la crème, lorsque les selles, dépourvues de bile, sont muco-glaireuses ou muco-membraneuses. Ce caractère occasionnel de l'empoisonnement pourrait le faire confondre avec d'autres intoxications et notamment avec l'intoxication mercurielle aiguë, dont l'entérite dysentériforme est un symptôme habituel ; mais il existe alors d'autres signes distinctifs qui ne permettent pas la confusion, au cas où les commémoratifs la rendraient possible : goût métallique, tuméfaction des lèvres, douleurs œsophagiennes, cardialgie, œdème de la glotte, hématurie, ictère, etc.

B. — Intoxications par les poisons minéraux

1° **Sels de cuivre.** — Les sels de cuivre (*sulfate et acétate basique*) provoquent à hautes doses des accidents qu'il est impossible de confondre avec l'empoisonnement par la crème : vomissements précoces de masses bleues ou verdâtres, avec

goût métallique et coloration bleue des commissures labiales ; bouffissure des paupières et de la face ; diarrhée tardive avec selles aqueuses, parfois sanguinolentes ; convulsions, tremblement, paralysies.

2° **Sels de plomb.** — On ne confondra pas davantage avec l'empoisonnement par la crème l'intoxication due aux sels de plomb, qui présente les caractères suivants : goût métallique répugnant, douleurs ou brûlure du pharynx, de l'œsophage et de l'estomac ; haleine très-fétide ; vomissements ; selles sanguinolentes rapidement suivies de constipation par paralysie intestinale ; douleurs et fourmillements aux extrémités.

3° **Acide arsénieux.** — En revanche, l'acide arsénieux produit des accidents qui rappellent beaucoup ceux du choléra et de l'empoisonnement par la crème. Mais la durée de l'incubation, toujours très-courte, excède rarement 10 minutes à 1 heure. En outre, il y a de la salivation et une saveur spéciale ; les vomissements précèdent toujours la diarrhée ; les selles sont séreuses, ou bien elles contiennent des masses riziformes ou sanguinolentes ; enfin, l'analyse chimique des aliments suspects ou des matières de déjection décèle facilement la présence de l'arsenic.

4° **Tartre stibié.** — Le tartre stibié et les autres composés de l'antimoine donnent lieu, comme

l'arsenic, à des phénomènes gastro-intestinaux intenses ; mais ici encore l'incubation est courte et les vomissements, très-précoces, précèdent la diarrhée. De plus, il y a des douleurs dans la bouche ; une tuméfaction très-marquée des lèvres, du voile du palais et du pharynx avec production de vésicules ; enfin, la présence de l'antimoine se reconnaît aisément par l'analyse chimique.

C. — Intoxications alimentaires

1° **Champignons.** — Les accidents provoqués par les champignons toxiques revêtent 3 types différents selon que la substance nocive prédominante est alcaloïde, résinoïde ou albuminoïde.

a) L'amanita muscaria et les autres espèces vénéneuses, *dont la substance active appartient au groupe des alcaloïdes* (*muscarine*, *choline*, etc) provoquent, après une incubation qui excède rarement 4 heures, des accidents gastro-intestinaux et surtout des phénomènes d'excitation cérébro-spinale, de l'incoordination motrice, des troubles de l'intelligence et de la mémoire, qui impriment à l'empoisonnement par ces champignons un cachet spécial et ne permettraient pas, le cas échéant, de le confondre avec une intoxication par la crème.

b) Certains bolets (Boletus luridus, B. Satanas, B. lupinus, etc.), la chanterelle orangée,

les russules, les lactaires, les helvelles, *dont les principes nocifs sont en majeure partie constitués par des substances résinoïdes* irritantes, éméto-cathartiques, produisent des accidents cholériformes, après une incubation qui dure en moyenne de 3 à 7 heures. Avec ces espèces vénéneuses, l'intoxication revêt déjà des caractères qui pourraient la faire confondre avec un empoisonnement par la crème.

c) Mais avec des champignons tels que l'amanita phalloïdes, *dont les principes toxiques sont de nature albuminoïde* (*phalline*, *albumoses*, etc.), la confusion serait dans beaucoup de cas inévitable.

Voici en effet les symptômes de l'empoisonnement qu'ils produisent, après une incubation très-longue, dont la durée moyenne est de 10 à 48 heures : nausées; vomissements bilieux, souvent incoercibles; douleurs abdominales et stomacales violentes; diarrhée de type cholériforme ou dysentériforme, très-fétide, parfois sanguinolente; crampes musculaires, vertiges, lipothymies, prostration, cyanose et refroidissement périphérique, petitesse et accélération du pouls, mydriase, anurie, collapsus algide. L'analogie est ici tellement complète, qu'au cas où le sujet intoxiqué aurait mangé à la fois une crème suspecte et des champignons de nature douteuse, il serait à peu près impossible de dire auquel de ces deux aliments revient la part de culpabilité.

La précocité de la diarrhée et sa nature nettement bilieuse plaideraient en faveur d'une intoxication par la crème ; l'apparition tardive de la diarrhée, la présence de selles à grains riziformes ou muco-membraneuses sans coloration verte ; les épistaxis, les hématémèses, les hémoptysies, l'ictère, les troubles sensoriels sont des caractères plus propres à l'empoisonnement par les champignons et qui ont une réelle valeur diagnostique, quand ils existent.

2° **Poissons.** — Frais ou conservés, les poissons peuvent provoquer des empoisonnements de diverses formes, dont une, l'ichthysme cholériforme, mérite de nous arrêter, en raison de l'analogie qu'il y a entre ses symptômes et ceux de l'intoxication par la crème. Après une incubation qui varie de quelques minutes à 20 heures, apparaissent : nausées, vomissements persistants, coliques violentes, diarrhée quelquefois sanguinolente, angoisse, vertiges, sécheresse de la bouche, soif, altération des traits, pouls petit et à peine perceptible, anurie, mydriase, crampes aux mollets et lipothymies. Il va sans dire que l'ichthysme, quand il revêt cette forme, ne peut être distingué de l'empoisonnement par la crème, que d'après les commémoratifs.

3° **Viandes.** — Les viandes et les charcuteries ayant subi des altérations qui ne sont pas toujours appréciables à nos sens peuvent produire

des accidents identiques à ceux, que provoque la crème toxique. Après une incubation dont la durée est pour les charcuteries de quelques minutes à 20 heures, pour les viandes de 1 à 19 jours, apparaissent les symptômes suivants : nausées, vomissements persistants et diarrhée, douleurs épigastriques, coliques, mydriase, lassitude et adynamie générale ; en outre, faiblesse parétique, sensation de froid, fièvre très-accusée, céphalée, crampes aux mollets, vertiges, altération des traits, petitesse du pouls et refroidissement des membres. La lassitude, la lourdeur de tête, la faiblesse des membres et l'état saburral, quelquefois la diarrhée, persistent après guérison pendant une à plusieurs semaines.

Certains signes, quand ils existent, permettent de faire le diagnostic entre le *carnisme* et le *botulisme* d'une part, et l'empoisonnement par la crème d'autre part. C'est ainsi que dans les cas graves du carnisme et du botulisme la diarrhée peut manquer ; il peut y avoir paralysie de l'accommodation, ptosis uni ou bilatéral avec ou sans ophthalmoplégie externe, amblyopie, amaurose, diplopie, convulsions, etc., phénomènes qui n'ont pas été observés dans l'intoxication par la crème.

4° **Fromage.** — L'empoisonnement, qu'il provoque dès que la caséine et la lactalbumine viennent à s'altérer, ressemble extrêmement aux

intoxications précédentes (botulisme et carnisme).

5° **Œufs.** — L'empoisonnement que produit l'albumine altérée est identique à celui que produit la crème. Cette identité confirme une fois encore cette opinion, presque généralement admise aujourd'hui, que l'œuf est l'élément nocif des crèmes toxiques.

En somme, qu'il s'agisse de crème toxique, de champignons vénéneux à phalline, d'œufs et de fromage, de poissons et de viandes altérés, nous trouvons à peu près les mêmes symptômes, la même incubation lente, la même évolution des phénomènes toxiques, la même persistance des troubles de la santé après guérison. Et cette parité d'action de substances qui semblent au premier abord si différentes entre elles ne doit pas nous surprendre; elle est simplement une preuve nouvelle que leur toxicité reconnaît pour agent causal un des premiers dérivés de cet élément, que toutes elles renferment : l'albumine. A cette identité de leur nature ces divers poisons doivent la similitude de leurs effets.

Leur origine différente, animale ou végétale, n'imprime à chacun d'eux que des caractères si peu tranchés, qu'ils ne suffisent pas bien souvent à faire connaître celui qui est en cause. Toutefois, parmi ces caractères, il en est un qui

semble être spécial au poison des crèmes, c'est la forte teneur en bile de la diarrhée qu'il provoque. Ce signe, s'il était constant, suffirait à lui seul à établir si tel empoisonnement alimentaire est dû ou n'est pas dû au poison des crèmes ; mais il n'est pas constant et, quand il fait défaut, le seul diagnostic permis d'après l'examen du malade est celui d'empoisonnement alimentaire.

Est-ce à dire que nous devrons nous borner à ce diagnostic incomplet ? Non certes, car nous avons pour le parfaire les renseignements extrinsèques, que nous fournissent les *commémoratifs* ; ce sont eux qui vont nous permettre de spécifier l'aliment nuisible. En interrogeant les personnes de l'entourage du malade et le malade lui-même, nous saurons exactement quels mets il a ingérés aux repas précédents ; nous apprendrons que d'autres personnes, qui assistaient comme lui à ces repas, ont présenté ou présentent encore des accidents analogues aux siens et que seuls, parmi les convives, ont été malades ceux qui, comme lui, ont consommé une part d'un gâteau à la crème. Et ainsi, les commémoratifs complétant et confirmant les indications fournies par les symptômes, nous serons en droit d'affirmer que cette gastro-entérite, qui peut-être au premier abord avait éveillé en nous l'idée d'une affection intestinale de

nature infectieuse, est due à une intoxication alimentaire dont l'agent causal est le poison des crèmes.

DEUXIÈME PARTIE

AFFAIRE D'AUTEUIL

(OBSERVATIONS INÉDITES).

En 1902, dans la dernière semaine d'août et dans les premiers jours de septembre, 49 cas d'empoisonnement alimentaire, très analogues entre eux par leurs symptômes, sont signalés sur divers points de Paris. Entre les personnes atteintes, étrangères pour la plupart les unes aux autres, il existe ce seul trait commun qu'elles ont consommé des gâteaux à la crème provenant de la maison X, sise à Auteuil.

Après des accidents de gravité variable, la guérison est survenue dans 47 de ces cas.

Seuls, un enfant de 6 ans, Albert G., et une vieille femme de 70 ans, Mme T., ont succombé l'un en moins de trente heures, l'autre après onze jours de maladie.

GROUPE 1

Le mercredi 27 août 1902, pendant une soirée, Mme B. fait servir à ses invités une demi-livre de carolines (petits éclairs)

au café et au chocolat achetés chez X, et des petits gâteaux secs de provenance différente.

Les personnes réunies sont au nombre de douze : deux d'entre elles ne mangent que des gâteaux secs et ne sont pas souffrantes par la suite ; les dix autres qui consomment des carolines, ont toutes sauf une, Mme E., présenté des accidents.

a. Mme B. ressent les premiers effets de l'empoisonnement dans la nuit du mercredi 27 au jeudi 28 août. Ce sont d'abord des frissons et une sensation de froid, puis un malaise général auquel très rapidement succèdent les coliques et la diarrhée. Celle-ci, de nature indéterminée, a duré pendant 3 jours.

Atteinte en somme très légère. Guérison le dimanche 31 août.

b. Mlle B., fille de la précédente, est prise des premiers malaises à la même date que sa mère. Après une courte phase de frissons, apparaissent les coliques et une diarrhée assez fréquente.

Le jeudi 28, la langue est blanche, l'inappétence complète ; les douleurs abdominales sont très vives. La malade a plusieurs syncopes dans le courant de la journée.

Ces symptômes s'amendent le vendredi, la diarrhée s'arrête le samedi ; le dimanche 31 août, Mlle B. est guérie.

Atteinte légère.

c. Mme S. et ses deux filles, Hélène et Louise S., n'ont que des accidents légers et de courte durée. Les dates exactes de leur début et de leur terminaison sont inconnues.

d. Mlle Lucie S., fille aînée de la précédente, est plus sérieusement atteinte. Les premiers malaises, très précoces, apparaissent dans la nuit du mercredi au jeudi.

Ils débutent par des douleurs abdominales violentes, des vomissements et des crampes d'estomac, avec frissons, fièvre et céphalée, refroidissement des pieds.

La diarrhée survient rapidement, avec selles liquides et fréquentes. L'asthénie est très prononcée.

Après une période d'acuité qui se prolonge jusqu'au 2 sep-

tembre, ces symptômes déclinent graduellement. Seule, la diarrhée persiste jusqu'au 10 septembre, date de la guérison.

Ces accidents ont laissé après eux une grande faiblesse.

Atteinte moyenne.

e. M. E. est pris le jeudi 28 août de douleurs abdominales peu intenses accompagnées d'une diarrhée liquide modérée. Douleurs et diarrhée ont persisté jusqu'au 1er septembre, où une purgation les a fait disparaître.

Pendant le cours des accidents, la langue est blanche, l'inappétence complète ; la température normale.

Atteinte légère.

f. Mlle E. et Mme M. présentent des symptômes plus légers encore. Tout se borne chez elles à quelques coliques et quelques selles liquides. Les détails manquent.

Atteintes très légères.

GROUPE 2

Le mercredi 27 août Mme L. commande chez le pâtissier X. un Saint Honoré de 2 francs qui est servi le même jour, au repas du soir. Mme L., son mari et ses trois enfants en mangent et sont malades. Leurs deux domestiques qui en reçoivent une part sont atteints eux aussi.

Toutes ces personnes revenaient de la campagne, où elles avaient fait un long séjour ; elles étaient en parfaite santé, sauf Mme L. qui souffrait de maux d'estomac.

a. Mme L. éprouve les premiers malaises le jeudi matin, 28 août. Ils débutent sans prodromes par des vomissements et de la diarrhée accompagnée de coliques assez vives. La malade a de la fièvre ; l'inappétence est absolue.

La nuit du jeudi au vendredi est pénible, agitée, sans sommeil. Le vendredi, mêmes symptômes.

Une amélioration survient le samedi 30, mais la diarrhée persiste jusqu'au mardi 2 septembre. A cette date survient la guérison complète.

Atteinte légère.

b. M. L. est moins malade. Tout se borne chez lui à une diarrhée légère qui apparaît l'après-midi du jeudi et s'arrête le lendemain soir. L'inappétence persiste pendant 5 ou 6 jours.

Atteinte très légère.

c. L'enfant L., 5 ans, est pris, le jeudi matin 28 août, sans prodromes, de vomissements, de diarrhée et de douleurs abdominales violentes. La diarrhée est verte, abondante et fétide. L'inappétence est complète.

L'enfant a de la fièvre, de la céphalée, des douleurs musculaires dans les membres inférieurs, un léger refroidissement des extrémités. Il doit s'aliter dès le début.

La nuit du jeudi au vendredi est mauvaise, agitée, sans sommeil.

Ces symptômes se maintiennent jusqu'au jeudi 4 septembre, où ils commencent à décliner.

Le samedi 6, l'enfant peut quitter son lit. Il est pâle, extrêmement amaigri et si faible, qu'au 14 septembre il n'avait pas encore pu reprendre son train de vie habituel.

Atteinte moyenne.

d. Le jeune L., 7 ans, ressent les premiers malaises dans l'après-midi du jeudi 28 août. Après des troubles gastro-intestinaux qui se bornent à quelques vomissements et à un peu de diarrhée, la guérison survient le 3e jour, sans autres suites qu'une inappétence passagère.

Atteinte légère.

e. Mlle L., 15 ans, ne ressent les premiers malaises que l'après-midi du jeudi 28 août, mais ils sont très violents. La céphalée, la fièvre, des vertiges ouvrent la scène, bientôt suivis de vomissements fréquents et d'une diarrhée abondante et fétide, accompagnée de douleurs abdominales vives.

La malade se plaint du froid ; elle éprouve des crampes continuelles des mollets ; son asthénie est profonde. Elle doit s'aliter dès le début.

Tous ces accidents persistent jusqu'au mercredi 3 septem-

bre ; ils se modèrent et déclinent à partir de cette date. Mlle L. peut se lever le samedi 6 septembre. Son amaigrissement, sa pâleur, sa faiblesse sont extrêmes.

Au 14 septembre, son état de santé laissait encore à désirer.

Atteinte moyenne.

f. Les deux bonnes sont très légèrement frappées : une diarrhée modérée qui débute d'emblée dans l'après-midi du jeudi et qui dure jusqu'au vendredi soir ; une inappétence qui persiste pendant 5 ou 6 jours sont les seuls signes, qu'elles ont présentés.

GROUPE 3

Les familles G. et C. se trouvent réunies le mercredi 27 août dans un dîner, où figure un Saint Honoré commandé chez le pâtissier X. Les convives sont au nombre de dix ; — cinq d'entre eux consomment une part du gâteau et présentent par la suite des symptômes identiques, au degré près ; — cinq autres s'en abstiennent et demeurent indemnes.

Une femme de ménage, Mlle K., qui en reçoit une part, et une vieille mendiante à qui l'on donne le lendemain le reste du Saint Honoré sont sérieusement souffrantes.

a. Sur Mlle K. et sur la mendiante, point de renseignements. Nous savons seulement qu'elles ont éprouvé des accidents gastro-intestinaux assez violents qui ont persisté une quinzaine de jours.

Atteintes moyennes (?)

b. Sur les cinq autres personnes, nous ne savons rien de plus que ce que nous en apprend le médecin traitant : « J'ai été appelé dans les familles C. et G , écrit-il, le 30 août, dans l'après-midi et j'ai trouvé plusieurs personnes, hommes, femmes ou enfants atteints de malaises caractérisés par des coliques, diarrhées, nausées ou vomissements légers, malaises en somme assez bénins, pour lesquels je n'ai pas eu à intervenir de façon très active ». Tous ces symptômes ont disparu le

2 septembre, mais l'inappétence et la faiblesse ont persisté assez longtemps encore chez ces malades.

Atteintes légères.

GROUPE 4

Quatre personnes de la famille B., le père, la mère et leurs enfants l'un âgé de 20 ans, l'autre de 13 ans, ont mangé le 29 août 2 babas à la crème et 2 éclairs achetés chez X. Tous ont été malades, en particulier Mme B. et son jeune fils. Point de renseignements sur ces malades.

Atteintes ?

GROUPE 5

Le dimanche 31 août, Mme T. consomme au déjeûner de midi un chou à la crème acheté chez le pâtissier X.

Le soir, au dîner, sa fille, Mme S. et sa domestique, Mlle G., consomment une petite charlotte provenant du même fournisseur : Mme S. mange la crème ; la bonne, les biscuits seulement.

Tous les trois, ils éprouvent des accidents toxiques.

a. Mlle G., 26 ans, ressent les premiers malaises le lundi matin, 1er septembre : un peu de céphalée, de la fatigue, quelques légers frissons. La diarrhée apparaît ensuite. Les selles liquides et vertes persistent jusqu'au mercredi 3 septembre à raison de 7 ou 8 par jour. La guérison s'opère rapidement.

Atteinte légère en rapport avec la très faible quantité de la crème ingérée.

b. Mme S., 48 ans, qui consomme à peu près toute la crème, est au contraire sérieusement frappée. Son état de santé l'y prédispose, il est vrai, dans une certaine mesure. Elle souffre en effet d'une maladie d'estomac chronique nécessitant un régime presque absolument lacté.

La nuit du dimanche au lundi est bonne, mais le lundi matin (1er septembre), après une courte phase de malaises, apparaissent brusquement d'abondants vomissements et une

diarrhée profuse. Les selles, vertes et très fétides, se répètent une trentaine de fois au moins ce jour-là.

Le mardi 2 septembre, la malade très affaiblie s'alite. Elle a des sueurs froides et du refroidissement des membres ; le nez est pincé, les yeux sont excavés, les traits tirés.

Ces symptômes s'atténuent les jours suivants. Les selles et les vomissements s'espacent dès le mardi soir et s'arrêtent le mercredi (3 sept.). Ce même jour une amélioration survient et la malade peut se lever le vendredi 5 septembre. Elle est très affaiblie.

Au 12 septembre, son état de santé laisse encore beaucoup à désirer.

Atteinte moyenne.

c. Mme T., 70 ans, souffre depuis de longues années d'une bronchite chronique compliquée d'emphysème pulmonaire. En proie à une dyspnée continuelle, même au repos, elle éprouve des accès d'étouffement au moindre effort et elle a dû, quatre ans auparavant, renoncer à ses sorties quotidiennes. Elle se lève cependant et s'alimente de façon à peu près normale.

Le dimanche 31 août, elle présente son état de santé habituel, sans aucune aggravation appréciable. A midi, elle se met à table et déjeune de bon appétit ; au dessert, elle mange un chou à la crème.

Dès le soir, elle ressent de vagues malaises et ne dîne pas. Elle se met au lit et dort assez paisiblement pendant une partie de la nuit. Mais à 2 heures du matin, elle s'éveille : les malaises redoublent et bientôt apparaissent des vomissements très abondants et une diarrhée profuse, avec douleurs abdominales violentes et sensation de brûlure atroce à l'estomac. Il n'y a pas de crampes dans les jambes.

Les selles, abondantes, vertes et infectes, restent fréquentes jusqu'à la fin de la maladie. Il y en a une trentaine au moins le premier jour. Les vomissements persistent également jusqu'à la fin.

Température inconnue.

Une asthénie profonde survient dès le début et s'accentue de jour en jour.

Le 9 septembre, des signes alarmants viennent assombrir encore le pronostic : refroidissement du corps, anurie presque absolue, pouls rapide et petit, facies abdominal.

Le 11 septembre, après une courte agonie, la malade succombe.

La maladie a duré 11 jours.

(Empoisonnement de forme grave).

L'autopsie ne fut pas pratiquée. En raison du long délai écoulé entre le début des accidents et la mort, il est probable qu'elle n'eût donné que des résultats incertains. — « Ce qui n'est pas douteux, conclut M. Thoinot dans son rapport, c'est que Mme T., avant les accidents brusques survenus dans la nuit du 31 août au 1er septembre à elle comme à sa fille et à sa bonne, se levait chaque jour et mangeait sans régime spécial. Si la diarrhée et les vomissements qu'elle a eus sans interruption du 1er au 11 septembre n'ont pas été l'unique cause de sa mort, tout au moins est-il difficile de prétendre que ces graves accidents aient été sans influence sur la terminaison fatale ».

GROUPE 6

Le dimanche 31 août, au déjeuner de midi, Mlle F. et la jeune P. consomment deux petites charlottes à la crème achetées le matin chez le pâtissier X : toutes les deux sont malades.

a. Mlle F., 28 ans, ressent les premiers malaises dans la nuit du dimanche au lundi. Ils débutent par une céphalée intense et des vomissements presque continuels.

Le lundi matin 1er septembre, le tableau symptomatique se complète : céphalée sans atténuation, température supérieure à 39°, langue très chargée, intolérance gastrique absolue ; douleurs abdominales très vives et non localisées ; diarrhée abon-

dante avec selles verdâtres et fétides ; vomissements fréquents, mais déjà plus espacés.

L'intolérance gastrique, la diarrhée, la fièvre et la céphalée persistent jusqu'au vendredi 5 septembre, en s'affaiblissant graduellement.

Le dimanche 7 septembre, la malade se lève pour la première fois. Elle est très faible, très amaigrie, et sa santé exigera plus d'une semaine pour recouvrer son équilibre.

Atteinte moyenne.

b. La jeune P., 12 ans et demi, n'éprouve les premiers malaises que le lundi 1er septembre. Ils débutent également chez elle par des vomissements abondants et des symptômes généraux, mais ces derniers sont bien moins intenses. La diarrhée qui survient peu après est fréquente et persiste pendant 3 ou 4 jours. A la guérison, survenue le 5 septembre, succède un état de faiblesse et d'inappétence assez accentué.

Un fait à signaler, c'est la localisation constante qu'ont présenté les douleurs abdominales : elles siégeaient nettement dans la moitié droite de l'abdomen, avec maximum douloureux au point de Mac Burney. Seules, la présence des selles, leur fréquence et leur nature ont empêché le diagnostic de s'égarer sur une appendicite.

Atteinte légère.

GROUPE 7

Le dimanche 31 août, dans un dîner de famille qui réunit quatre personnes, sont servis des petits gâteaux secs et deux éclairs l'un au café, l'autre au chocolat. Tous ces gâteaux proviennent de la boulangerie L. dépositaire de la pâtisserie X. Trois des convives se contentent des gâteaux secs ; le quatrième, M. D., mange les deux éclairs : lui seul est malade.

a. M. D., 21 ans, éprouve les premiers malaises le lundi 1er septembre, dans l'après-midi. Après des prodromes assez courts, mais très marqués, apparaissent les vomissements, les

douleurs abdominales et une diarrhée très abondante et très fétide. Il y a de la fièvre, de la céphalée, des frissons.

Le mardi 2 septembre, tous ces symptômes atteignent leur maximum : le malade a les extrémités froides ; il est abattu, sans force, en état de prostration.

Ces derniers signes s'amendent rapidement, mais les symptômes gastro-intestinaux conservent leur violence jusqu'au 4 septembre. A cette date les vomissements disparaissent, les douleurs s'atténuent ; la diarrhée elle-même devient plus rare et se prolonge en s'atténuant jusqu'au 9 septembre.

Le 11 septembre, le malade est guéri et ne conserve qu'un peu de faiblesse et un léger état saburral.

Atteinte moyenne.

GROUPE 8

Le dimanche 31 août, M. B., 50 ans, fait acheter chez le pâtissier X. une assiette de gâteaux assortis comprenant : 2 éclairs, 2 choux à la crème et 2 tartelettes aux fruits. M. B., qui est diabétique et suit un régime, ne touche pas aux gâteaux servis au déjeûner et n'éprouve ultérieurement aucun malaise. Son fils, au contraire, qui mange 2 éclairs et 1 chou, est atteint d'accidents graves.

Quant à la bonne, Mlle J., à qui l'on donne le chou et les 2 tartelettes restantes, elle est malade également, mais à un degré beaucoup moindre.

a. M B., 25 ans, n'éprouve aucun malaise dans la soirée du dimanche, ni même pendant la nuit suivante.

Mais le lundi matin 1er septembre, il est pris, sans prodromes, d'accidents violents : douleurs abdominales très-vives, crampes d'estomac, vomissements abondants, diarrhée profuse, verdâtre et fétide. Il est en proie à des crampes musculaires continuelles, localisées aux mollets, et à des nausées incessantes. Il éprouve une sensation de brûlure dans l'arrière-bouche et rejette des mucosités épaisses et filantes, détachées avec difficulté. La fièvre et la céphalée sont intenses.

Le mardi 2 septembre, les symptômes gastro-intestinaux ne subissent aucune atténuation. La céphalée reste violente ; la température centrale dépasse 39°. Le malade, très abattu, présente de l'aphonie, du refroidissement périphérique, un pouls petit et rapide.

Les vomissements incoercibles s'arrêtent le mercredi 3 septembre, au soir. En même temps, les symptômes alarmants tendent à s'atténuer.

Le lendemain soir, 4 septembre, la diarrhée prend fin, et tous les autres signes entrent en décroissance.

La guérison, très-relative, survient le 6 septembre. Elle laisse à M. B. une asthénie profonde et un amaigrissement extrême. L'appétit et les forces ne reviendront que fort lentement.

Atteinte grave.

b. Mlle J., 27 ans, n'a que des accidents très-légers : des vomissements abondants, quelques coliques et quelques selles verdâtres, qui débutent dans la matinée du lundi 1er septembre. Les vomissements disparaissent le jour même ; la diarrhée, le mercredi soir, 3 septembre.

GROUPE 9

A leur déjeuner du dimanche 31 août, les époux R. consomment 2 éclairs au café achetés chez X, le matin même. Un baba de même provenance est mangé par leur bonne. Ils sont malades tous les trois.

a. M. R., 75 ans, est le plus sérieusement atteint. Il ressent les premiers malaises le lundi matin, 1er septembre, et doit garder le lit pendant 7 jours. Diarrhée profuse et fétide, coliques violentes et vomissements, fièvre et céphalée, douleurs articulaires, asthénie très-marquée avec altération des traits : tels sont les principaux symptômes qu'il présente au cours de la période d'état. La convalescence est longue est pénible.

Atteinte moyenne.

b. Mme R. (âge ?), prise également le lundi des premiers

malaises, n'a que des accidents gastro-intestinaux très-légers, qui n'interrompent point ses occupations et qui s'évanouissent le vendredi 5 septembre.

c. La bonne est souffrante 3 jours à peine. Tout se borne chez elle à quelques vomissements et à quelques selles liquides.

GROUPE 10

Les époux C., qui reçoivent à déjeuner 5 personnes, le dimanche 31 août, font servir au dessert 1 éclair au chocolat, plusieurs éclairs au café et des gâteaux secs.

Mme C. mange l'éclair au chocolat ; seule, elle est malade. Les éclairs au café, consommés par les autres convives, ne produisent aucun effet fâcheux.

a. Mme C. (âge ?) ressent les premiers malaises la nuit suivante, vers 4 heures : des nausées, une céphalée légère en marquent le début. Les seuls symptômes observés ensuite ont été des coliques assez vives et une diarrhée abondante et fétide. Guérison dès le mercredi 3 septembre.

Atteinte légère.

GROUPE 11

Les époux D., domiciliés à Auteuil, reçoivent à dîner le dimanche 31 août les époux L. et leur fillette, qui habitent à Vincennes. Au dessert figurent un moka, une tarte aux fruits et 2 éclairs, l'un au café, l'autre au chocolat. Tous ces gâteaux proviennent de la maison X., où ils ont été achetés le jour même.

Après son repas qui consiste en un potage gras, un filet de canard et un œuf à la coque, la petite L. mange les 2 éclairs : elle est gravement malade par la suite.

Les autres convives, qui se partagent les autres gâteaux, n'éprouvent ultérieurement aucun malaise.

a. La petite L., 7 ans, de santé un peu délicate et qui paraît

assez sujette aux dérangements intestinaux, est, à cette date du 31 août, très-bien portante.

Mais, après ce dîner, quand elle rentre chez ses parents, elle présente déjà quelques signes anormaux : un peu de rougeur du teint, une soif légère, une pointe de nervosité. On lui donne du lait, puis elle s'endort Son sommeil est très-agité.

Vers 5 heures du matin, elle s'éveille en sursaut et vomit un liquide jaunâtre contenant — au dire du père — des parcelles reconnaissables des éclairs ingérés. En même temps l'enfant a une selle diarrhéique abondante, verdâtre, presque noire. Puis elle s'endort de nouveau.

Le lundi matin, 1er septembre, vers 8 heures et demie, nouveaux efforts de vomissement, mais sans résultat. Les nausées sont continuelles et bientôt apparaissent, au milieu de violentes douleurs épigastriques et abdominales, des selles de même nature que la première.

Le médecin, qu'on mande dans la matinée, constate en outre les symptômes suivants : céphalée intense, fièvre élevée, pouls rapide et petit, refroidissement périphérique, lipothymies, syncopes. L'intolérance gastrique est absolue : un calomel, qu'on administre à l'enfant, est rejeté aussitôt.

L'après-midi, l'état de la fillette devient plus alarmant encore. A 7 heures du soir, la température atteint 39°4.

Pendant la nuit suivante, mêmes symptômes, mais à leur maximum : les nausées, les selles sanguinolentes, les douleurs musculaires et gastro-intestinales sont ininterrompues ; les vomissements, demeurés rares, s'arrêtent vers le matin. La faiblesse est extrême.

Le mardi 2 septembre, une légère amélioration survient ; à peine sensible ce jour-là, elle s'accentue et se confirme les jours suivants.

Le 9 septembre, la diarrhée perd ses caractères aigus et devient purement séreuse. Alors se produit un déclin rapide des autres phénomènes. La température de l'enfant, prise deux fois par jour pendant la période d'état, a été la suivante :

1er septembre	matin : ?	soir :	39°,4
2 —	— 38°,4	—	38°,9
3 —	— 37°,4	—	38°,3
4 —	— 37°,4	—	38°
5 —	— 37°,2	—	37°,5
6 —	— 37°	—	37°,4
7 —	— 37°,2	—	37°,7
8 —	— 37°,2	—	37°,8

9 sept. et jours suivants : température normale.

Pendant toute la durée de l'empoisonnement l'anorexie a été absolue et l'enfant n'a pris d'autre aliment qu'un peu de lait coupé d'eau de Vals par moitié.

Le 13 septembre, date de la guérison, la fillette est restée levée pendant quelques heures ; elle a recouvré sa gaîté ; son appétit renaît. Mais sa faiblesse et son amaigrissement sont extrêmes : elle ne peut faire quelques pas qu'en s'appuyant aux meubles ou au bras des personnes qui la soignent. Elle présente encore à la face quelques-unes des taches lenticulaires apparues au visage et au tronc pendant le cours de l'empoisonnement.

Atteinte grave.

GROUPE 12

Le dimanche 31 août, Mme R. fait acheter 2 éclairs au café chez le pâtissier X. Au déjeuner, elle en mange un ; sa bonne, Mlle P., mange l'autre : toutes les deux présentent peu après les symptômes d'une intoxication alimentaire.

a. Mme R., 60 ans, se sent souffrante dès le soir, mais les accidents caractéristiques n'apparaissent que dans la nuit. Ils revêtent d'emblée une forme sérieuse : vomissements incessants ; douleurs abdominales très vives ; diarrhée profuse avec selles liquides, verdâtres et fétides.

Le lundi 1er septembre, le médecin appelé auprès de la malade constate, outre ces signes, une fièvre assez intense,

un pouls rapide et un peu mou, un affaiblissement notable des forces, un état saburral accentué, un tympanisme abdominal douloureux, enfin une intolérance gastrique si absolue, qu'une cuillerée de liquide donnée à la malade est aussitôt rejetée.

Cet état de choses se prolonge pendant 3 jours.

Le jeudi 4 septembre survient une amélioration sensible.

La diarrhée s'arrête le lendemain matin.

Le samedi 6 septembre, Mme R. est guérie et peut quitter son lit ; mais sa faiblesse est très-grande.

Atteinte moyenne.

b. Mlle P., 27 ans, est prise également dans la nuit d'accidents analogues à ceux de Mme R., mais d'une violence beaucoup moindre : les coliques, la diarrhée et les vomissements sont apparus simultanément.

Les vomissements cessent dès le 1er jour (lundi 1er septembre) ; la diarrhée abondante et fétide persiste pendant 3 jours. Il y a un peu de fièvre ; les coliques et la céphalée sont très-vives.

La guérison survient le 4 septembre. La malade conserve néanmoins une faiblesse assez-marquée et une légère inappétence.

Atteinte légère.

GROUPE 13

Le dimanche 31 août, le jeune Albert G., 6 ans, et son frère, tous les deux pensionnaires d'un orphelinat de la rue.., reçoivent vers 4 heures la visite de leur oncle, qui leur apporte 2 éclairs au café provenant de la maison X.

Albert G. mange un éclair et succombe aux accidents violents qui se déclarent peu de temps après. Son frère ne mange pas l'autre gâteau et reste indemne.

a. Albert G. n'éprouve aucun malaise dans la soirée ; mais vers minuit éclatent des symptômes d'une gravité extrême : vomissements copieux et incoercibles, diarrhée verte profuse accompagnée de douleurs gastro-abdominales intolérables,

température élevée, céphalée intense, crampes musculaires continuelles. L'enfant a des frissons violents ; son pouls est rapide et déjà petit.

Au reste, ce qui prédomine dans ces accidents foudroyants, ce sont les phénomènes algides. Tandis que les symptômes gastro-intestinaux persistent sans rémission aucune, l'asthénie, l'état syncopal, le refroidissement périphérique et la cyanose atteignent rapidement un degré qui ne laisse aucun doute sur l'issue de l'empoisonnement.

La mort survient dans le collapsus le mardi 2 septembre, à 5 heures du matin, moins de 30 heures après le début des accidents.

Autopsie. — L'autopsie du cadavre, pratiquée à la Morgue, le 12 septembre, par M. le Dr Thoinot, a donné les résultats suivants :

1° **Aspect extérieur du cadavre** : Conservation médiocre ; la putréfaction est déjà assez avancée.

Le corps ne porte extérieurement aucune trace de violence.

Le volume de la tête, qui est énorme, frappe vivement.

Il n'existe pas d'amaigrissement notable.

2° **Ouverture du cadavre** : dans la cavité thoracique, *adhérences pleurales* solides anciennes du côté gauche.

Aucune lésion notable aux *poumons*.

Aucune lésion au *cœur*.

Le *foie* n'est pas hypertrophié ; il semble un peu gras.

L'*estomac* contient quelques grammes d'un liquide brunâtre ; aucune suggillation sanguine de ses muqueuses.

L'*intestin grêle* est très-modifié et les lésions y vont croissant de sa naissance à sa terminaison. On trouve d'abord quelques plaques de suggillation ; puis ces plaques se rapprochent, finissent par confluer et alors la muqueuse devient entièrement rouge Vers la fin de l'intestin, la muqueuse se sème de follicules saillants qui lui donnent un aspect hérissé Près de la valvule iléo-caecale, on trouve deux plaques de Peyer hypertrophiées.

Le contenu de l'intestin n'offre pas de particularités notables.

Le *gros intestin* est sain.

Dans les *reins,* aucune lésion.

La *rate* paraît normale,

Dans la *cavité encéphalique* on trouve une substance nerveuse en bouillie, putréfiée, qui ne peut se prêter à aucune constatation anatomique.

3° **Conclusion** : les résultats de l'autopsie peuvent se résumer rapidement : la seule lésion présente est une entérite aiguë, et la mort doit lui être imputée. S'agit-il ici d'une entérite toxique ?.. Nombreuses sont les causes de l'entérite aiguë et, si l'entérite toxique est une des plus fréquentes, l'autopsie seule ne saurait faire la preuve qu'il s'agit ici d'une entérite de cette nature, ni surtout déterminer quel poison est en cause. C'est à l'analyse chimique de prononcer (1).

GROUPE 14

Le boulanger L. est dépositaire du pâtissier X. Le soir du dimanche 31 août, comme il lui reste pour compte un certain nombre des éclairs que X. lui a fournis le matin, M. L., sa femme, son fils, sa fille et sa domestique en mangent chacun un au dîner. En outre, M. L. en donne 2 à la porteuse de pain, qui les garde pour sa fille.

Toute la famille L., la bonne et la fille de la porteuse de pain, Mlle B., ont été malades ; seul, M. L. fils a échappé à l'intoxication commune.

a. Mme L , 40 ans, est atteinte la première et plus gravement que les autres. Les premiers malaises apparaissent dans la nuit du dimanche au lundi et acquièrent rapidement une violence extrême. Les vomissements, bilieux, sont incoercibles ; la diarrhée verdâtre et profuse s'accompagne de coliques atroces.

1. Cette analyse n'a donné aucun résultat.

Le lundi 1er septembre, le malade est dans un état de prostration déjà très-marqué, et pendant 3 jours les symptômes gastro-intestinaux ne présentent aucune atténuation.

Les 5, 6 et 7 septembre, le pronostic paraît désespéré. Outre les accidents précédents qui durent toujours, la cyanose, le refroidissement périphérique, la petitesse du pouls, l'état syncopal et la prostration profonde de la malade indiquent l'imminence du collapsus algide. L'anurie complète, une éruption purpurique aux membres inférieurs, l'apparition du muguet sur la langue et sur les parois buccales viennent encore assombrir le pronostic.

Le 8 septembre survient une amélioration très-légère, qui se précise les jours suivants.

Le 10, les vomissements s'arrêtent ; la diarrhée, les douleurs et l'intolérance gastrique, très-amendées du reste depuis le 8 septembre, prennent fin le 11, et le péril est conjuré.

Pendant quatre jours, tous les autres signes déclinent progressivement ; mais l'asthénie est extrême. La malade, très-amaigrie, a perdu plus de 5 kilogrammes depuis le début des accidents.

La guérison survient le 15 septembre, guérison toute relative d'ailleurs, car elle laisse Mme L. dans un état de faiblesse et de délabrement qui n'était pas encore réparé le 13 octobre.

Atteinte grave.

b. M. L., 45 ans, qui n'est atteint que le mercredi matin 3 septembre, ne l'est que d'une façon très-légère. Tout se borne chez lui à des coliques modérées, des selles liquides assez fréquentes et des sensations nauséeuses. Il est guéri 3 jours après.

c. Mlle L., 13 ans et demi, et la bonne (âge ?) ressentent les premiers malaises le mercredi matin 3 septembre. Les accidents observés chez elles sont sérieux et reproduisent, au degré près, le type qu'ils présentent chez Mme L. : vomissements verts abondants, diarrhée profuse verdâtre et fétide, douleurs abdominales vives et, prédominant sur ces signes, un état de prostration accentué avec légère tendance à l'algidité.

Point de renseignements sur l'évolution ni sur la durée des accidents.

Atteintes moyennes.

d. Mlle B., 17 ans, mange les deux éclairs, que sa mère lui apporte, le lundi 1er septembre, et ressent le soir même les premiers symptômes de l'empoisonnement. Les accidents, analogues à ceux des malades précédentes, ont été sérieux et la guérison n'est survenue que le 10 septembre.

Atteinte moyenne.

GROUPE 15

Le ... septembre, quatre personnes de la famille C. consomment quatre éclairs achetés chez X : 1 au chocolat, 3 au café.

Mme C. mange l'éclair au chocolat et présente ultérieurement des accidents toxiques. Les autres convives, qui ont mangé les éclairs au café, n'ont éprouvé aucun malaise.

Point de renseignements sur l'empoisonnement de Mme C.

AFFAIRE DU FAUBOURG SAINT-DENIS

(OBSERVATIONS INÉDITES).

Au mois de mai 1904, 27 personnes ont présenté des symptômes plus ou moins graves d'empoisonnement alimentaire, après avoir consommé des gâteaux à la crème provenant d'une pâtisserie du Faubourg Saint-Denis.

La guérison est survenue dans 26 cas. Seule, une femme de 37 ans, Mme G., a succombé en moins de 3 jours à l'atteinte toxique.

GROUPE 1

Le vendredi soir 13 mai, Mme I. L. achète un Saint-Honoré chez le pâtissier X. et le porte à ses enfants, les époux L., chez lesquels elle dîne. Les convives, au nombre de 5, mangent une part du gâteau, ainsi que la bonne. Tous les six sont malades par la suite.

a. Mme I. L., 57 ans, ne prend qu'une très-petite part du gâteau et lui trouve un goût aigrelet et désagréable. Elle rentre chez elle à 9 heures et demie et déjà, pendant le trajet, elle se sent légèrement indisposée.

A 1 heure du matin, soit 4 heures à peine après l'ingestion du gâteau que l'on a servi vers 8 heures et demie, elle est prise d'accidents très-violents : douleurs gastro-intestinales intenses, vomissements incessants, diarrhée profuse impé-

rieuse avec selles verdâtres et fétides. Cet état de choses se prolonge sans atténuation pendant les journées des 14, 15, 16 et 17 mai ; seuls, les vomissements s'espacent progressivement. La malade est très-affaiblie.

Dans la nuit du mardi 17 au mercredi 18 mai, en voulant descendre de son lit, elle est prise d'une syncope et reste étendue sur le parquet ; on doit la porter dans son lit.

L'asthénie s'accroît bientôt de façon inquiétante. Le lundi 23 mai, on lui fait une injection de sérum artificiel. Ce jour-là, l'asthénie devient extrême ; le pouls, déjà petits les jours précédents, devient misérable et presque incomptable ; le refroidissement périphérique et la cyanose se sont étendus ; la température centrale est légèrement inférieure à la normale.

Le mercredi 25, surviennent des sueurs froides abondantes, qui persistent pendant 2 ou 3 jours.

Le vendredi 27, la diarrhée s'arrête et avec elle les coliques violentes et les crampes d'estomac. La malade éprouve du bien-être et peut s'alimenter légèrement. C'est le déclin.

Le 31 mai, elle quitte son lit définitivement. Mais elle est très-amaigrie et très-faible ; au 6 juin, l'asthénie demeure grande.

Atteinte grave.

b. M. L., 36 ans, n'éprouve que des accidents très-légers : quelques coliques et quelques selles liquides, qui disparaissent au bout de 2 jours.

c. Mme L., 35 ans, qui à l'heure du dîner se trouvait au chevet d'une parente malade, ne mange sa part de gâteau que le samedi 14 mai, à 9 heures du matin. Elle observe elle aussi qu'il a une saveur désagréable « comme si on y avait ajouté quelque chose pour masquer un mauvais goût ».

Les symptômes apparaissent à 8 heures du soir : coliques violentes, vomissements abondants, diarrhée profuse avec selles bilieuses, qui prennent par la suite une coloration noire.

Ces accidents conservent leur acuité pendant 3 jours. La malade, sans être dans un état alarmant, présente un degré

d'asthénie accentué ; elle a quelques faiblesses, une légère altération des traits, du refroidissement des extrémités.

Ces menaces ne se réalisent pas. Le mercredi 18, la diarrhée se modère ; elle prend fin le 19, et ce même jour les autres symptômes entrent en décroissance. Les vomissements s'étaient arrêtés le 17. La langue est encore sale et épaisse, l'inappétence complète, la faiblesse très-marquée.

La malade se lève le 21 mai ; mais son état est loin d'être satisfaisant.

Atteinte moyenne.

d. Simonne L., 10 ans, fille de la précédente, mange sa part de gâteau le vendredi soir, 13 mai.

Le samedi 14, vers 3 heures de l'après-midi, au cours de sa promenade, elle ressent de vagues malaises, de la somnolence, une légère obnubilation des idées.

Cette enfant, au dire des parents, aurait une albuminurie par crises (?) et la mère prétend que les symptômes déterminés chez elle par le poison alimentaire sont identiques à ceux qui surviennent lors de ces crises.

Quoiqu'il en soit, l'enfant ne tarde pas à présenter le syndrôme habituel : coliques, vomissements et diarrhée.

Ces accidents sont bénins et la guérison est complète le quatrième jour.

Atteinte légère.

e. Hélène L., 13 ans, est prise des premiers malaises le samedi matin 14 mai, à 8 heures. Peu de temps après surviennent des vomissements, des coliques assez vives, une diarrhée fréquente et fétide.

Dès le lendemain, les vomissements s'arrêtent et la fréquence des selles se modère.

Le malade se lève le troisième jour. Elle ne conserve de son empoisonnement qu'un peu de fatigue et une diarrhée séreuse qui persiste jusqu'au vendredi 20 mai.

Atteinte légère.

f. Mlle P., la bonne, souffrante dès le samedi matin, est gué-

rie 2 jours plus tard. Tout se borne à quelques coliques et à une diarrhée très modérée.

Atteinte très légère.

GROUPE 2

Les époux C. dînent avec un ami le dimanche 15 mai. Après un repas composé d'une soupe et d'un lapin sauté, Mme C. et son invité consomment chacun une tartelette aux fruits, M. C. un chou à la crème provenant, comme les autres gâteaux, de la pâtisserie X. Seul, M. C. est malade.

a. M. C. est un homme de 30 ans bien portant, de constitution robuste, mais sujet aux dérangements intestinaux.

Dans la nuit du dimanche au lundi, il est pris subitement de douleurs abdominales atroces, particulièrement intenses entre l'ombilic et l'épigastre. Presque en même temps apparaissent diarrhée et vomissements.

Les vomissements, copieux, incoercibles, sont alimentaires d'abord, puis franchement verts.

Les selles, jaunâtres au début, deviennent rapidement vertes et fétides. Liquides et féculentes à leur apparition, elles prennent bientôt un aspect grumeleux, dû à la présence de glaires très-abondantes. D'une fréquence extrême, elles se répètent au moins tous les quarts d'heure, au point de remplir un seau de toilette avant la fin de la nuit. La température dépasse 39°.

Le lundi 16 mai, les vomissements se sont ralentis, mais la diarrhée ne varie pas. La face du malade est pâle, bistrée et légèrement subictérique ; sa langue est noire et comme rôtie ; ses lèvres sont sèches ; ses yeux excavés. La température axillaire atteint 38°8 ; le pouls est rapide et filant ; la respiration régulière. Les urines sont rares et rougeâtres.

Le mardi 17 mai, les vomissements ont cessé. Les douleurs, toujours violentes, ne sont plus continues ; la température ne dépasse pas 38°. Le malade repose un peu ; mais le facies reste grippé et la diarrhée n'accuse aucun déclin. La langue est brune.

Cet état de choses persiste jusqu'au jeudi 19 mai. Ce jour-là, les selles commencent à diminuer de fréquence.

Le vendredi 20, la température est à la normale. Il y a encore 12 à 15 selles liquides dans les 24 heures.

Le dimanche 22 mai, septième jour de l'empoisonnement, surviennent des sueurs froides profuses. Le malade ne peut se réchauffer ; il est en hypothermie.

Le mercredi 25 mai, les douleurs deviennent rares ; les selles ne se répètent plus que 5 ou 6 fois dans les 24 heures ; la langue est légèrement saburrale. Les sueurs froides sont toujours abondantes.

Le 30 mai, les douleurs s'apaisent et la diarrhée s'arrête. Le malade est extrêmement faible, trempé de sueurs, brisé de fatigue ; son pouls reste petit. Mais la température se relève et revient à la normale, les urines s'éclaircissent et sont plus abondantes. C'est le déclin.

L'amélioration s'accentue les jours suivants et, le 6 juin, M. C. est guéri. Mais son organisme reste et restera longtemps encore profondément troublé.

Atteinte grave.

GROUPE 3

M. X, pâtissier, dont les gâteaux ont produit les accidents que nous relatons, est informé, le samedi soir 14 mai, que divers membres de la famille L. (Faubg. Saint-Denis, gr. 1) se sont trouvés sérieusement malades après ingestion d'un Saint-Honoré provenant de sa maison. Sans tenir compte de cet avis, il confectionne 9 autres gâteaux de cette espèce le dimanche matin 15 mai et en vend 5 dans la journée. Des 4 qui lui restent pour compte, il en fait servir 1 le soir, au dîner. A table se trouvent réunies 6 personnes. Seuls, M. X. et la bonne mangent une part du gâteau ; seuls des 6 convives ils sont malades.

a. M. X, 40 ans, qui consomme à lui seul la moitié du Saint-Honoré (du moins il le prétend, et pour cause...), ne

ressent rien pendant la nuit. Le lundi, il fait de la bicyclette. Au cours de sa promenade, le soir, vers 5 heures, il absorbe une boisson glacée presque tout d'un trait et ressent aussitôt « comme un choc dans les flancs et derrière la tête ». Il remonte sur sa machine et rentre à 7 heures chez lui, alourdi, mal en point. Il boit une tasse de bouillon.

Aussitôt, il a un vomissement, des sueurs froides, une diarrhée fétide.

Le mardi 17 mai, les selles se répètent 12 à 14 fois ; les coliques sont assez vives.

Ces accidents se prolongent le mercredi 18 mai pendant une moitié de la journée. La guérison survient vers le soir.

Atteinte légère.

b. Mlle R., 19 ans, bonne du précédent, est prise le lundi, vers minuit, de vomissements, de coliques et de diarrhée. Les selles abondantes et verdâtres sont au nombre de 5 ou 6 pendant la nuit ; les vomissements, alimentaires, se répètent 3 ou 4 fois.

Le mardi 17 mai, Mlle R. doit garder le lit : les vomissements, devenus bilieux, sont fréquents et persistent toute la journée.

Le mercredi 18 mai, il ne subsiste plus qu'un peu de diarrhée. La malade peut se lever dans l'après-midi et reprendre son travail.

Atteinte légère.

c. C., 15 ans et demi, garçon pâtissier, n'a pas assisté au dîner ; mais son patron lui donne l'un des gâteaux restants. Il ne le consomme que le lundi 16 mai, à son déjeuner de midi.

Les accidents apparaissent le mardi 17, vers le milieu de la journée : diarrhée liquide et fétide, presque sans coliques. Il n'y a qu'un seul vomissement.

C., qui n'interrompt pas son travail, est guéri le lendemain.

Atteinte très légère.

d. A., 18 ans, reçoit lui aussi un Saint-Honoré et le mange

le lundi. Comme son camarade, il n'éprouve que des accidents très-légers qui n'interrompent point son travail.

GROUPE 4

a. La petite R., 5 ans, qui jouit d'une santé excellente, mange un chou à la crème pour son goûter, le dimanche 15 mai, vers 4 heures et demie.

Elle ne ressent rien dans la soirée, mais pendant la nuit son sommeil est très-agité.

Sur le matin, elle est prise de douleurs abdominales violentes, bientôt suivies de vomissements incessants, d'abord jaunes, puis bilieux. La diarrhée qui survient en même temps est si intense, que l'enfant ne peut quitter le vase. Les selles fétides, verdâtres, presque noires, sont mal liées, mêlées de sang et d'une grande quantité de mucus.

Le lundi 16 mai, ces symptômes ne subissent aucun changement. Le facies est légèrement grippé ; la langue est grisâtre ; la température atteint 38°5.

Le mardi 17 mai, les vomissements spontanés s'arrêtent, mais l'ingestion d'une seule cuillerée de liquide les fait aussitôt reparaître. Cette intolérance absolue se prolonge jusqu'au vendredi suivant.

Le mercredi 18 mai, la diarrhée ne décline pas ; on compte jusqu'à 25 selles avec coliques violentes dans les 24 heures. La température revient le soir à la normale.

Le jeudi soir 19 mai, la diarrhée s'arrête et les autres symptômes entrent en décroissance. L'amélioration s'accentue rapidement les deux jours suivants.

Le dimanche 22 mai, l'enfant peut se lever ; sa guérison est complète.

Atteinte moyenne.

GROUPE 5

Le lundi 16 mai, Mme M. fait acheter pour le goûter de 4 heures un Saint-Honoré chez le pâtissier X. A ce goûter assis-

tent 8 personnes, qui, toutes mangent une part du gâteau : 4 d'entre elles seulement sont malades ; les 4 autres, parmi lesquelles il y a deux enfants de 5 et de 7 ans, restent indemnes. Remarque curieuse, confirmée par tous les convives ; c'est une même moitié du gâteau qui a fait les quatre victimes ; les personnes qui se sont partagé l'autre moitié, n'en ont éprouvé aucun dommage.

a. Mme M., 26 ans, est prise le mardi matin 17 mai d'une diarrhée abondante, mais presque indolore. L'atteinte est très légère et tout est terminé le lendemain.

b. La jeune M., 11 ans, éprouve, dans la nuit du lundi au mardi, sur le matin, des coliques violentes accompagnées de diarrhée profuse et de vomissements abondants.

Ces symptômes persistent sans s'atténuer toute la journée du mardi 17 mai, ainsi que la nuit suivante.

Le mercredi 18, les parents alarmés appellent un médecin. Il trouve l'enfant pâle, prostrée, sans forces, en état syncopal. La langue est très-sale ; l'intolérance gastrique absolue. L'abdomen, très-sensible à la pression, présente un point particulièrement douloureux entre l'ombilic et l'épigastre. Il n'y a pas de fièvre.

Vers le soir, la diarrhée se ralentit et une amélioration se dessine. Les vomissements ne se reproduisent plus.

Le 19, la diarrhée s'arrête et les autres symptômes entrent en régression. Leur déclin est rapide.

Le samedi 21 mai, la guérison survient et l'enfant, très faible encore, peut partir à la campagne.

Atteinte moyenne.

c. Mme C., 28 ans, enceinte de 8 mois, a remarqué, prétend-elle, que le gâteau présentait à sa partie supérieure une coloration gris-fer et que le goût en était comme métallique.

Elle ressent les premiers malaises le mardi matin 17 mai, vers 9 heures. Ce sont, chez elle, des coliques assez vives et une diarrhée abondante avec selles verdâtres et fétides Des

vomissements surviennent aussi, mais ils sont rares et disparaissent vers midi.

Tous ces symptômes s'amendent graduellement et le vendredi 20 mai Mme C. est guérie.

Les suites ont été bonnes et la grossesse s'est poursuivie normalement.

Atteinte légère.

d. Mlle Ch., 21 ans, prise le mardi 17 des symptômes habituels, interrompt son travail pendant 2 jours seulement. En somme, atteinte très légère; sur laquelle les renseignements précis font défaut.

GROUPE 6

M. P., 30 ans et Mme H , 29 ans, déjeûnant ensemble le mardi matin 17 mai, mangent 2 éclairs achetés la veille au soir chez le pâtissier X. Ils se rendent ensuite à leur travail.

Vers midi, au moment du repas, ils ressentent quelques légers malaises. Ils retournent néanmoins à leurs occupations, mais ils doivent bientôt les interrompre. Vers 3 heures, en effet, ils sont pris de coliques très-vives qui les forcent à rentrer chez eux, elle d'abord, lui ensuite.

Alors éclatent des symptômes violents : vomissements abondants, diarrhée profuse, douleurs intestinales aiguës.

Cet état de choses se prolonge jusqu'au vendredi 20 mai.

Depuis ce jour, l'amélioration se fait graduellement, mais d'une façon très-lente. Au dire des intéressés, la guérison ne serait survenue que le 1er juin.

Ces accidents si prolongés, si semblables comme durée, comme évolution et comme degré, sont quelque peu étranges. Si l'on ajoute qu'ils n'ont eu ni témoin, ni médecin, leur authenticité devient des plus suspecte.

Atteintes moyennes (?).

GROUPE 7

Le samedi soir 14 mai, on apporte chez les époux B. 2 gâteaux Saint-Honoré provenant de la maison X. L'un est servi à 9 personnes : toutes celles d'entre elles qui consomment de ce gâteau présentent ultérieurement des accidents. L'autre, partagé par un second groupe de 8 convives, n'a occasionné aucun malaise.

M. B., sa femme et sa belle-sœur sont les premiers atteints. Les accidents débutent chez eux le dimanche 15 mai, entre 3 et 7 heures du soir.

Les deux enfants B., Marcel, 6 ans, et Robert, 8 ans, ne sont frappés que plus tard, dans la nuit du dimanche au lundi.

Le médecin, mandé le lundi 16, constate chez tous des signes analogues : douleurs abdominales très-vives, vomissements fréquents, diarrhée profuse avec selles liquides et verdâtres.

Cette période aiguë se prolonge pendant 8 jours en moyenne et ce n'est que vers le lundi 23 mai, que l'état des malades commence à s'améliorer véritablement.

M. B., l'un des plus éprouvés, a maigri de 7 livres dans cet espace de temps.

Chez lui, comme chez les autres, la convalescence a été pénible et traînante.

Atteintes moyennes probables.

GROUPE 8

Le dimanche 15 mai, Mme A. et sa fille mangent à leur dîner un Saint-Honoré acheté le jour même chez le pâtissier X. La nuit se passe sans incident, ainsi que la matinée du lundi 16 mai. Mais vers midi, après une courte phase de malaises, éclatent de violents symptômes : vomissements incoercibles, diarrhée profuse, douleurs abdominales intenses, fièvre et céphalée.

Dès le début, les deux malades doivent s'aliter.

Les vomissements se modèrent et disparaissent le 3e jour. La diarrhée, toujours abondante, et les coliques, toujours vives, persistent jusqu'au dimanche 22 mai.

A partir de cette date, l'état des malades commence à s'améliorer, et le lundi 25 mai Mme A. et sa fille se lèvent pour la première fois depuis le début des accidents. Elles sont très-affaiblies.

Atteintes moyennes.

GROUPE 9

M. et Mme G., mangent à leur dîner chacun une part d'un Saint-Honoré : tous les deux sont malades. L'un, le mari, ne l'est que très-légèrement ; l'autre, la femme, est si gravement atteinte qu'elle succombe en moins de 3 jours.

Certaines particularités, que l'enquête médicale a relevées, permettent peut-être d'interpréter cet étrange contraste des effets d'une même cause ; aussi croyons-nous bon d'indiquer brièvement l'emploi du temps et le régime des époux G. dans les heures qui ont précédé ce dîner.

Le dimanche matin 15 mai, M. et Mme G., bien portants l'un et l'autre, s'en vont à la campagne. Ils y déjeunent à midi. Le menu du repas est ainsi composé : poulet chasseur aux champignons ; petits pois de conserve ; pommes de terre nouvelles. Chacun d'eux a grand appétit et mange de tous les mets.

Pendant la promenade qu'ils font ensuite, peut-être sous l'action associée de la fatigue et de la chaleur, des malaises apparaissent vers 5 heures chez Mme G. Elle se plaint de lourdeurs d'estomac et de coliques légères, qu'elle attribue au mets aux champignons. Un peu de repos améliore ces malaises ; les époux G. rentrent à Paris et regagnent leur domicile à l'heure du dîner.

Ils se mettent à table à 7 heures. Leur dîner se compose de veau froid, de salade et d'un Saint-Honoré, que M. G. a acheté le soir même chez X.

Le gâteau est partagé en deux moitiés : l'une est réservée pour le lendemain ; l'autre, subdivisée en 2 parts égales, est consommée sur le champ par les époux.

a. M. G., 42 ans, n'est que très-légèrement atteint et de façon très-tardive. Tout se borne à une diarrhée bénigne avec faibles coliques survenue dans la nuit du mardi 17 au mercredi 18 mai et terminée le jeudi matin 19 mai.

b. Mme G., 37 ans, éprouve au contraire des accidents précoces. Dans la nuit du dimanche 15 au lundi 16 mai, vers 2 heures du matin, elle se plaint de petites coliques : elle a une selle un peu liquide. Trois quarts d'heure après, nouvelles coliques et nouvelle selle ; et ainsi de suite jusqu'à 7 heures du matin.

Le lundi 16 mai, vers 7 heures du matin, M. G. va chercher chez un pharmacien une bouteille d'eau purgative ; à son retour, il trouve sa femme en train de vomir.

Mme G. prend un verre d'eau purgative à 8 heures. Dix minutes après, elle a un vomissement très-abondant. Une seconde tentative est suivie du même résultat. Une troisième fois elle renouvelle son essai, mais elle vomit dès la première gorgée.

La soif est très-vive et, pour l'étancher, elle recourt successivement au champagne coupé d'eau de Vals, à la limonade, au thé léger, que son estomac ne tolère pas davantage.

Vers midi survient une accalmie, qui se prolonge jusqu'au soir : il n'y a presque plus de vomissements ni de diarrhée. Mais Mme G. est abattue, légèrement prostrée et très-faible.

La nuit du lundi au mardi, même calme relatif. Le pouls est petit et bat 100 pulsations.

Le mardi matin 17 mai, la diarrhée reparaît, sans fortes coliques Les selles assez-fétides se répètent toutes les heures. On va chercher un médecin qui ne peut venir qu'à 10 heures du soir. Il trouve la malade glacée, légèrement cyanosée et si faible, qu'il pratique sur le champ une injection de sérum artificiel de 500 cc.

Dans la nuit du mardi au mercredi, les selles sont de plus en plus fréquentes ; le pouls s'accélère encore, le refroidissement périphérique s'accentue ; l'asthénie progresse de façon alarmante. On donne du champagne glacé à la malade.

Le mercredi 18 mai, à 9 heures du matin, on va chercher un autre médecin qui diagnostique empoisonnement grave et prescrit du café à hautes doses.

Malgré tout, l'asthénie et l'algidité ne cessent de croître et le soir, à 5 heures, Mme G. meurt sans agonie, en pleine connaissance. La diarrhée avait presque cessé depuis le matin.

La durée de l'empoisonnement a été de 2 jours et 15 heures.

Autopsie. — L'autopsie du cadavre pratiquée à la Morgue, le 24 mai 1904, par MM. Thoinot et Courtois-Suffit, a donné les résultats suivants :

1° **Aspect extérieur du cadavre** : décomposition avancée, sans rigidité.

Circulation cadavérique verte sur les parties latérales du thorax. Plaques rouges sur les parties latérales des membres inférieurs.

Circulation cadavérique vineuse sur la face.

2° **Ouverture du cadavre** : *a*) *Cœur* flasque, putréfié ; les parois des oreillettes sont putréfiées.

Pas d'ecchymoses péricardiques. *Péricarde* vide.

Valvules aortiques suffisantes. Valvule mitrale saine.

Quelques points d'athérôme à la base de l'aorte.

Coronaires saines.

Un peu de sang noirâtre putréfié dans le ventricule droit.

b) *Plèvres* : transsudation sanguine peu abondante dans la cavité pleurale gauche.

c) *Poumons* : poumon gauche un peu adhérent au sommet. Un ganglion bronchique gauche calcifié. Le parenchyme, très putréfié, ne présente à la coupe aucune lésion ; — poumon droit présente quelques adhérences au sommet. Aucune lésion du parenchyme.

d) *Foie* : poids 980 grammes ; quelques adhérences à la surface. Lobe gauche en dégénérescence graisseuse presque totale. Vésicule biliaire ne contient qu'une petite quantité d'une bile noirâtre épaisse.

e) *Rate* : poids 180 grammes ; pourrie, déliquescente.

f) *Estomac* : contient 50 grammes environ d'un liquide digéré couleur vert foncé (purée de pois). Ses parois ne présentent que des lésions de putréfaction gazeuse avec, sur la muqueuse, quelques fines arborisations vasculaires.

g) *Reins* : putréfiés, mais normaux. Poids du rein droit : 150 grammes ; poids du rein gauche : 170 grammes.

h) *Intestin grêle* : sur sa surface extérieure il existe un grand nombre de plaques noirâtres, abondantes surtout au niveau du duodénum. Elles reparaissent à l'intérieur en certains points.

Les plaques de Peyer sont tuméfiées, surtout vers le bout inférieur de l'intestin, et cette tuméfaction s'accompagne d'une coloration rosée de la muqueuse.

Psorentérie très-marqnée dans cette même partie de l'intestin grêle.

L'intestion renferme un abondant liquide analogue à celui que contient l'estomac.

i) *Gros intestin* : mêmes lésions de psorentérie ; mêmes plaques rosées. Epaississement remarquable des parois du rectum.

j) *Œsophage* : sa partie inférieure contient un liquide de vomissement analogue à celui de l'estomac.

k) *Trachée* : sa partie supérieure contient du liquide de vomissement. Sa paroi est putréfiée.

l) *Aorte* . quelques plaques d'athérôme et imbibition sanguine de ses parois très-accentuée.

m) *Vessie* : vide.

n) *Utérus* : un petit fibrôme le surmonte. Sa cavité mesurée du fond à l'orifice mesure 7 cm. 5. Sa largeur d'une trompe à l'autre est de 7 cm. Ses parois ont une épaisseur de 1 cm. Poids, sans les annexes, 170 grammes.

Dans son intérieur se trouvait une masse d'aspect placentaire avec un peu de sang putréfié à sa surface.

o) Cerveau : putréfié, sans lésion.

Expertise chimique. — Elle n'a donné aucun résultat appréciable.

AFFAIRE DE SAINT-MANDÉ

(OBSERVATIONS INÉDITES ET PERSONNELLES).

Au mois de juin 1905, des cas d'empoisonnement très-analogues à ceux d'Auteuil et du Faubourg Saint-Denis sont survenus à Saint-Mandé et à Paris, causés ici encore par l'ingestion de gâteaux à la crème. Les gâteaux toxiques provenaient tous de la maison X, à Saint-Mandé.

Sur 44 personnes atteintes, 42 ont guéri; les 2 autres, Mlle D., 17 ans, et Mme B., 51 ans, ont succombé à l'intoxication.

GROUPE 1

M. C., sa femme, sa fillette et sa bonne dînent le dimanche 18 juin, dans la famille S. composée des époux S. et de leur fils. Au dessert figure un Saint-Honoré acheté le jour même, à 6 heures, chez le pâtissier X.

Les convives étant au nombre de 7, on divise le gâteau en 7 parts. Toutefois, la fillette C. ne mange pas la sienne, qui est jetée deux jours plus tard. Les autres personnes consomment du gâteau, mais de façon très-inégale; aussi les accidents toxiques n'ont-ils pas chez toutes atteint le même degré.

a. M. S., 62 ans, ne mange qu'un peu de croûte et le faible enduit de crème qui la recouvre. Le lundi 19 juin, il éprouve quelques malaises très vagues, sans aucun signe précis.

Le mardi 20, fatigue extrême accompagnée d'état nauséeux, légères coliques, un peu de diarrhée.

Ces accidents persistent le mercredi et le jeudi.

L'amélioration survient le vendredi 23.

Le lundi 26, M. S. peut reprendre son service, ne conservant qu'un peu de fatigue dans les jambes.

Atteinte légère.

b. M. S., 29 ans, fils du précédent, consomme une large part du Saint-Honoré.

Le lundi 19 juin, après déjeuner, les symptômes débutent brusquement par des coliques intenses et une diarrhée abondante avec selles liquides, un peu vertes, se répétant toutes les cinq minutes. A 4 heures, apparaissent des nausées suivies de vomissements copieux.

Tous ces symptômes persistent jusqu'au samedi 24, accompagnés de crampes d'estomac très-fréquentes, de nausées, de refroidissement des extrémités, de fatigue extrême.

Le samedi 24 juin, les accidents commencent à décliner, et le jeudi 29, M. S. se lève et fait sa première sortie.

Il ne peut reprendre ses occupations que le jeudi 3 juillet.

Atteinte moyenne.

c. Mme S., 52 ans, consomme outre sa part du gâteau, une forte quantité de la crème dédaignée par certains convives. Aussi ses accidents sont-ils sérieux et précoces.

Dans la nuit qui suit le dîner surviennent des frissons, une céphalée intense, des douleurs abdominales très-vives. Bientôt, vers 6 heures du matin, au milieu des nausées et de violentes douleurs gastro-intestinales, apparaît une diarrhée extrêmement abondante avec selles vertes et fétides. De 6 heures à 10 heures du matin, on compte 40 selles. Les nausées et les crampes musculaires sont continuelles, mais il n'y a pas de vomissements.

Le mardi 20 juin, la fièvre atteint 39°,2 ; le pouls, petit, indique 120 pulsations ; la céphalée ne subit aucune atténuation. La malade, en état de prostration profonde, éprouve une

sensation de froid généralisée, ses extrémités sont glacées.

Les 21, 22 et 23 juin, sauf la fièvre qui s'abaisse graduellement, les symptômes ne s'améliorent pas. L'asthénie de la malade est extrême ; son pouls s'affaiblit encore et le refroidissement fait des progrès alarmants.

Le samedi 24 juin, la diarrhée s'arrête, les douleurs s'atténuent et l'empoisonnement commence à décliner.

Le mardi 27, quand Mme S., encore très-faible, essaie de se lever pour la première fois, elle ressent des douleurs articulaires très-vives aux deux genoux.

Ce n'est que le dimanche 2 juillet qu'elle peut quitter son lit définitivement. Mais elle est affaiblie et son amaigrissement est très-prononcé.

Atteinte grave.

d. Mme C., 27 ans, consomme elle aussi non seulement sa part, mais un peu de la crème restée dans le plat.

C'est le lundi 19 juin, après déjeuner, qu'elle ressent les premiers malaises : état fébrile, céphalée légère, soif vive. A 7 heures et demie du soir survient un frisson prolongé ; la malade claque des dents et se sent glacée. Elle se couche.

La nuit est mauvaise. La fièvre est intense, la céphalée vive, les nausées ininterrompues. Vers 2 heures du matin, au milieu des douleurs intestinales et des crampes d'estomac, survient une diarrhée abondante avec selles verdâtres très-fétives. Il n'y a pas de vomissements.

Tous ces symptômes restent à l'état aigu jusqu'au dimanche 25 juin. Ce jour-là, la diarrhée s'arrête. Le nombre total des selles pendant le cours des accidents est au moins d'une centaine.

La guérison survient le 27 juin. Il subsiste un peu de faiblesse et un léger état saburral.

Atteinte moyenne.

e. M. C. et la bonne ne mangent du gâteau que les boules de pâtisserie, dépourvues de crème, qui entourent sa partie supérieure : ils n'éprouvent aucun malaise.

GROUPE 2

Trois personnes dînent ensemble, le dimanche 18 juin, et consomment au dessert 6 gâteaux provenant de la maison X. L'un des convives ne mange que des tartelettes aux fruits; les deux autres, M. V. et son fils, consomment chacun un chou à la crème : eux seuls sont malades.

Il reste un troisième chou, que l'on donne à la bonne, Mlle F : elle aussi est atteinte d'accidents gastro-intestinaux.

a. M. V., 43 ans, ne ressent les premiers malaises que dans la nuit du lundi 19 au mardi 20 juin. Sur le matin, il se réveille en sursaut : il est agité, frissonnant, trempé de sueurs.

Le mardi matin 20 juin, il a quelques coliques suivies de 6 ou 7 selles diarrhéiques sans caractères, après lesquelles le malaise se dissipe rapidement. M. V. n'interrompt pas son travail.

Atteinte très-légère.

b. Le jeune V., 7 ans, est au contraire très-sérieusement frappé. Le lundi 19 juin, vers 2 à 3 heures, tandis qu'il est en classe, il est pris subitement d'une fièvre intense accompagnée d'une violente céphalée. Rentré chez lui, il s'alite.

Vers le soir, des vomissements incoercibles, des coliques très-vives et une diarrhée profuse apparaissent. Les selles fétides et vertes, sont comparables à la purée d'épinards.

La nuit est très-mauvaise et les symptômes généraux s'aggravent encore.

Le 21 et le 22, tous ces signes sont à leur maximum.

Le vendredi 23 juin, les vomissements s'arrêtent, mais l'état de l'enfant devient très-alarmant : la température atteint 39°,5 ; le pouls est presque incomptable ; la céphalée et les douleurs abdominales revêtent une acuité atroce : les yeux sont excavés, le faciès est grippé, l'enfant délire.

Une amélioration survient vers la fin de cette journée, et

elle s'accentue les jours suivants : la fièvre s'abaisse, le délire disparaît et le faciès devient meilleur.

Le 24 juin, la diarrhée commence à diminuer de fréquence ; elle s'arrête le jeudi 29 juin.

Ce jour-là survient un déclin rapide des autres symptômes. Mais le petit malade est pâle et profondément affaibli ; sa langue reste chargée, l'inappétence persiste.

Ce n'est que le 4 juillet, date de la guérison, qu'il peut se lever pour la première fois.

Atteinte grave.

c. Mlle F., 30 ans, a des accidents très-précoces. Ils débutent dans la nuit du dimanche au lundi, vers 3 heures, par des coliques très-vives, bientôt suivies d'une diarrhée profuse de couleur foncée, qui va persister jusqu'au 30 juin. Les selles sont très-fréquentes jusqu'au jeudi 22 juin. La malade estime leur nombre à 30 par jour, en moyenne.

Les vomissements apparus le lundi matin 19 juin, vers 10 heures, se prolongent aussi longtemps que la diarrhée. Peu après leur début, surviennent des crampes d'estomac et de violentes douleurs lombaires.

Le 30 juin, une amélioration marquée se produit dans l'état de la malade ; elle recommence à s'alimenter et l'inappétence diminue. Mlle F. est guérie vers le 3 juillet.

Mais, depuis, sa santé reste précaire. Le 10 juillet, elle se plaint d'éprouver encore des céphalées fréquentes et des douleurs abdominales, qui semblent dues au déplacement d'un rein sous l'action des vomissements répétés.

Atteinte moyenne.

GROUPE 3

Treize personnes sont réunies à la table de M. B., le dimanche soir 18 juin. Au dessert, on sert 14 marignans achetés le jour même chez X. Six des convives s'en abstiennent ; il restent indemnes ; — les 7 autres en consomment : ils éprouvent tous les 7 des accidents.

a. Mme B., 38 ans, mange un marignan ; elle en mange un second, resté du dîner de la veille, le lendemain midi, au déjeuner.

Dans les heures qui suivent ce repas, elle ressent quelques malaises qui persistent pendant la journée du mardi. Une diarrhée modérée survient le mercredi et disparaît le vendredi 23 juin. L'empoisonnement de Mme B. se borne à cette atteinte légère.

b. Mlle B., 28 ans, fille de la précédente, qui consomme elle aussi un marignan le dimanche et un autre le lundi, n'est que très-légèrement atteinte. Tout se borne à quelques selles, quelques crampes d'estomac, un peu de fatigue. Elle est guérie le mercredi soir, 21 juin.

c. Maurice F., 5 ans, ne mange que la crème d'un gâteau. Le mardi 20 juin, à 4 heures du soir, apparaissent presque simultanément : céphalée vive, fièvre intense, douleurs abdominales et diarrhée très-fréquente, avec selles vertes et fétides. La diarrhée, accompagnée de ténesme rectal, ne commence à se modérer que vers le 25 ; elle s'arrête le jeudi 29 juin.

L'état de l'enfant, dont la faiblesse est extrême, s'améliore rapidement.

Le 2 juillet, le petit Maurice quitte définitivement son lit ; sa guérison est complète. Il a cependant un peu de constipation.

Atteinte moyenne.

d. Marcelle F., 7 ans et demi, sœur du précédent, mange un gâteau entier et ressent les premiers malaises dès le lundi matin 19 juin. Elle est triste et abattue ; ses pieds sont froids ; elle ressent des pesanteurs d'estomac et de légères coliques. L'anorexie est absolue.

Le soir, vers 7 heures, survient un frisson prolongé. On lui administre un cachet d'antipyrine, qui est immédiatement rejeté dans un vomissement énorme. C'est le seul vomissement qu'elle ait eu ; mais, depuis, les nausées sont continuelles.

Pendant toute la nuit suivante, les coliques sont violentes et les selles diarrhéiques liquides, fétides et bilieuses se répètent

à intervalles d'une demi-heure ; le refroidissement des extrémités est très-accentué.

Les 20 et 21 juin, mêmes symptômes.

Le jeudi 22 juin, la diarrhée se modère un peu ; elle ne s'arrête toutefois que le 29 juin.

Le 1er juillet, l'enfant est guérie et paraît en assez bon état. Il lui reste une légère constipation, qui a succédé à la diarrhée.

Atteinte moyenne.

e. M. P., 40 ans, qui mange un marignan le dimanche, éprouve les premiers malaises le lundi soir 19 juin, à l'heure du dîner : lassitude, céphalée légère, inappétence, pesanteurs d'estomac. Il a un vomissement et va se coucher, sans avoir voulu prendre aucun aliment.

Mais il ne peut dormir : il a de la céphalée, il est agité ; sa bouche est mauvaise ; il a les pieds glacés, les jambes lasses, les mollets tordus de crampes douloureuses. Bientôt surviennent des selles verdâtres qui se répètent 6 à 8 fois.

Ces accidents persistent le mardi 20 juin, s'atténuent le lendemain, disparaissent le jeudi 22.

Le vendredi 23 juin, M. P. peut reprendre ses occupations. Mais depuis, il conserve un léger état saburral avec lassitude et diarrhée séreuse, indolore. Le 1er juillet, ces troubles ne sont pas complètement disparus.

Atteinte légère.

f. Mme P., 37 ans, femme du précédent, consomme un marignan le dimanche et ressent les premiers malaises dès la nuit suivante : sommeil agité, fatigue, sensation de froid.

Le lundi matin 19 juin survient un frisson et un refroidissement marqué des membres inférieurs. A midi la diarrhée apparaît brusquement, accompagnée de douleurs abdominales violentes. Les selles sont très-fréquentes, fétides, comparables à la purée d'épinards. Les nausées sont continuelles, mais il n'y a pas de vomissements.

Le mardi 20 juin, les symptômes atteignent leur maximum :

la malade est glacée et ressent des douleurs intenses gastriques et abdominales ; elle a des crampes douloureuses dans tous les membres et même dans les muscles du cou. Les nausées, la diarrhée prennent un caractère plus aigu encore. Des lipothymies surviennent. Les vomissements manquent toujours.

Le mercredi soir, 21 juin, une légère amélioration se produit. Elle est beaucoup plus marquée le lendemain.

Ce jour-là (22 juin) les douleurs se font rares ; les selles perdent leur coloration verte et prennent les caractères d'une diarrhée banale ; tous les autres signes entrent en déclin.

Le lundi 26 juin tout rentre dans l'ordre et la malade, encore faible, peut faire sa première sortie.

Atteinte moyenne.

g. Suzanne P., 4 ans et demi, fille de la précédente, ne mange qu'un petit fragment de gâteau. Aussi tout se borne-t-il chez elle à des accidents très-légers : court malaise, le lundi 19 juin, à midi, bientôt suivi d'une diarrhée indolore qui se réduit à 5 ou 6 selles quotidiennes et qui s'arrête le jeudi 22 juin. Il n'y a pas d'autres symptômes.

GROUPE 4

Le dimanche 18 juin, pendant sa promenade, le jeune Pierre P., 9 ans, entre dans la pâtisserie X, et y consomme un chou à la crème pour son goûter de 4 heures.

Dès le soir, il éprouve des malaises, mais il dîne cependant, sans appétit. Après une nuit assez bonne, il est réveillé en sursaut, sur le matin, par des coliques violentes suivies presque aussitôt d'une diarrhée abondante avec selles vertes et liquides. La céphalée et la fièvre sont intenses ; l'enfant a froid et ne peut se réchauffer. A 8 heures, après une période de nausées presque continues, des vomissements très-abondants surviennent.

Ces symptômes s'accentuent encore le mardi 20 juin. L'en-

fant est très-agité; ses traits sont altérés, ses extrémités refroidies et un peu cyanosées.

Le calme commence à renaître le mercredi 21 : le malade est abattu, très-faible; ses yeux sont profondément cernés.

Pourtant, les jours suivants, la violence des phénomènes toxiques s'atténue sensiblement, et le jeudi 24 juin, la diarrhée s'arrête. C'est le déclin.

Il s'accomplit lentement et ce n'est que le 1er juillet que l'enfant se lève pour la première fois.

Atteinte moyenne.

GROUPE 5

Le dimanche 18 juin, 5 personnes entrent dans la pâtisserie X, et y consomment des gâteaux : 2 d'entre elles choisissent des tartelettes aux fruits et demeurent indemnes; les 3 autres consomment des gâteaux à la crème et présentent par la suite des symptômes d'intoxication alimentaire.

a. Mme D., 37 ans, qui ingère pour sa part deux gâteaux à la crème, ressent les premiers malaises le lundi soir, 19 juin, vers 5 heures. Ils débutent par des maux de tête et une fièvre assez vive. Des crampes d'estomac surviennent dans la nuit.

Le mardi 20 juin, apparaissent des nausées, des coliques violentes et une diarrhée profuse, qui perd un peu de sa fréquence pendant l'après-midi. Il n'y a pas de vomissements.

Le mercredi et le jeudi suivants, ces symptômes s'accroissent encore; aux coliques intestinales viennent s'ajouter des douleurs épigastriques aiguës. La malade, très-abattue, a des faiblesses, de l'altération des traits, un refroidissement marqué des extrémités.

Ces signes alarmants s'évanouissent rapidement et le vendredi 23 survient une amélioration définitive. La diarrhée s'arrête, l'intolérance gastrique devient moins absolue, les douleurs se font rares. La malade est guérie le lundi 26 juin.

Toutefois, jusqu'à la fin du mois persistent des malaises qui se traduisent par des faiblesses, des céphalées fugitives, des

engourdissements prolongés dans les membres et, le matin, par un état nauséeux très-pénible.

Atteinte moyenne.

b. M. M., 68 ans, ne mange qu'un petit-four à la crème ; aussi ne présente-t-il que des accidents très-légers : une diarrhée abondante sans prodromes, sans vomissements et presque sans coliques, qui se déclare le mardi 20 juin et se termine le même jour.

c. Mme M., 50 ans, consomme deux gâteaux à la crème et ressent un frisson 1 heure après. Dans la nuit du dimanche au lundi 19 juin, après une période assez courte de prodromes, où dominent les sensations de froid et de lassitude, elle est prise de coliques très-vives et d'une diarrhée incoercible tellement énorme qu'en peu d'heures les deux matelas du lit sont traversés. En même temps que les selles, qui sont liquides, verdâtres et très-fétides, surviennent des nausées, sans vomissements.

Ces accidents persistent sans atténuation pendant quatre jours. La malade, extrêmement affaiblie, a du refroidissement périphérique et des lipothymies ; la prostration est très-marquée.

Le vendredi 23, la diarrhée se modère.

Le lendemain, elle s'arrête définitivement et tous les autres signes s'améliorent rapidement.

Le dimanche 25 juin, Mme M. peut quitter son lit. Elle est guérie, mais encore faible.

Atteinte moyenne.

GROUPE 6

Le dimanche 18 juin, Mme H. sert au déjeûner de midi 5 marignans achetés chez X., un quart d'heure auparavant. Six personnes prennent part au repas. Toutes sont malades par la suite, sauf une seule d'entre elles qui n'a pas touché à ces gâteaux. L'un des marignans, qui n'a pas été consommé, est offert vers 3 heures à un visiteur, le jeune D. Lui aussi pré-

sente ultérieurement des symptômes d'intoxication alimentaire.

a. Mme H., 48 ans, ne mange qu'une moitié d'un marignan et en donne la crème à la petite A. En raison de la quantité minime de crème restée adhérente à la pâte, les accidents, qu'elle éprouve sont des plus légers : état nauséeux dans la nuit du dimanche au lundi ; lundi, apparition d'une diarrhée modérée, de type banal, qui ne tarde pas à devenir rare, mais qui persiste encore au 1er juillet.

Mme H. n'interrompt point ses occupations.

b. La petite A., 21 mois, ne mange que la crème donnée par sa grand'mère, Mme H. Le lundi 19 juin, pendant l'après-midi, les accidents débutent sans prodromes par une diarrhée très-abondante accompagnée de coliques très-vives. Les selles sont vertes et fétides pendant les journées des 20 et 21 juin.

Pendant toute cette période, l'enfant est fébrile, agitée, et présente une altération très marquée du visage et du refroidissement périphérique. Elle a de l'anorexie, des nausées continuelles, mais point de vomissements.

Le 22 juin, les selles perdent leur coloration verte et persistent purement séreuses jusqu'au lundi 26.

L'amélioration survient ce jour-là et s'accentue notablement le jour suivant. Le 28, l'enfant, encore très-faible, peut cependant s'alimenter un peu et partir à la campagne.

Atteinte moyenne.

c. Mlle H., 24 ans, mange une petite moitié d'un marignan. Les symptômes de l'intoxication, assez tardifs, débutent dans la nuit du lundi 19 au mardi 20 juin par des crampes d'estomac qui ont duré jusqu'au vendredi 23.

La diarrhée n'apparaît que le mercredi 21 et persiste pendant 3 jours. Il n'y a pas de vomissements.

La malade est guérie le vendredi soir et fait sa première sortie le samedi 24 juin.

Atteinte légère.

d. Mme A., 25 ans, enceinte de 7 à 8 mois, mange la forte moitié de marignan, que lui donne sa sœur, Mlle H.

Le lundi matin, 19 juin, elle éprouve des malaises : céphalée, frissons, pesanteurs d'estomac, qu'elle met sur le compte de son état de grossesse, mais qui s'accentuent rapidement. Dans l'après-midi, vers 3 heures, elle a 2 syncopes. A 7 heures, elle se couche très-souffrante : elle ressent de violentes douleurs d'entrailles et des nausées continuelles.

Pendant la nuit, elle est prise de vomissements copieux incoercibles et d'une diarrhée verte très-abondante. La céphalée et la fièvre sont intenses, les douleurs gastro-intestinales très-aiguës.

Cet état de choses se prolonge pendant 3 jours. Le mercredi 21, la malade est très-faible, abattue, en état de lipothymie ; sa température est encore élevée, mais son pouls est rapide et un peu faible.

Le jeudi soir, 22 juin, tous ces symptômes commencent à décliner. La diarrhée, déjà rare le matin, s'arrête. Dès le samedi 24, Mme A. peut quitter son lit, ne gardant de l'empoisonnement qu'une certaine faiblesse et une inappétence encore très marquée.

Au 1er juillet, tout est rentré dans l'ordre et la grossesse se poursuit normalement

Atteinte moyenne.

e. M. A., 34 ans, mange un marignan entier et la moitié d'un second. Dès la nuit suivante son sommeil est pénible et agité.

Le lundi matin, 19 juin, vers 7 heures, il est pris de coliques très-vives, bientôt suivies d'une diarrhée fétide, mais peu fréquente, qui se borne à 3 selles dans la matinée. Il éprouve en même temps un peu de fièvre, de la céphalée, des crampes d'estomac avec sensation de barre.

Ces symptômes disparaissent dès le mardi soir ; les crampes d'estomac ont seules persisté avec une certaine acuité pendant une huitaine de jours. M. A. n'a pas voulu interrompre son travail.

Atteinte légère.

f. Le jeune D., 15 ans, qui vient voir la famille H. dans l'après midi du dimanche, à 3 heures, mange le marignan qu'on lui offre.

Dans la nuit du dimanche au lundi, vers 3 heures, les accidents débutent brusquement par de violentes coliques et une diarrhée abondante. Le premier jour, il y a 25 selles, d'abord noires, puis vertes comme la purée d'épinards. Cette diarrhée persiste sans atténuation marquée jusqu'au 28 juin.

Le lundi 19, il survient un vomissement très-abondant à la suite d'une tentative malencontreuse faite pour alimenter le malade. Il n'y a pas d'autres vomissements pendant toute la durée des accidents ; mais, en revanche, les nausées sont presque continuelles les premiers jours.

Jusqu'au 25 juin, le malade a de la fièvre, de la céphalée, une faiblesse très-accentuée, de l'abattement, une sensation de froid intense avec refroidissement léger des extrémités.

Le 25 juin survient une amélioration sensible et le 28, la diarrhée ayant disparu, le jeune D. veut quitter son lit. Dès le lendemain, une rechute l'y ramène : une diarrhée séreuse apparaît, accompagnée de douleurs lombaires et de migraines intenses. Trois autres tentatives semblables ont le même succès. Ce n'est que le 9 juillet que le malade peut se lever définitivement.

Le jeune D., examiné à cette date, est dans un état de santé satisfaisant ; mais il a maigri de 12 livres au cours de son empoisonnement.

GROUPE 7

Le dimanche soir 18 juin, le pâtissier X., offre à Mme C. un Saint-Honoré d'une valeur de 1 fr. 50. Ce même jour, à leur dîner, M. et Mme C. consomment un quart du gâteau à parts sensiblement égales. Le reste, qu'ils réservaient pour le lendemain, est jeté quelques jours plus tard.

a. Mme C., 43 ans, ressent le soir même les premiers

malaises. Elle est prise vers 9 heures de nausées et de vomissements abondants suivis d'un soulagement si grand, qu'elle peut, après une nuit excellente, vaquer le lendemain à ses occupations habituelles.

Mais le mardi 20 juin, les vomissements reparaissent et bientôt survient une diarrhée modérée qui persiste jusqu'à la fin de la semaine.

Mme C., qui ne s'est pas alitée, est guérie le samedi 24 juin.

Atteinte légère.

b. M. C., 42 ans, n'éprouve aucun malaise dans la nuit qui suit son dîner. Mais le lundi matin 19 juin, à son reveil, il est pris brusquement de coliques, de vomissements et d'une diarrhée verte assez modérée. Les symptômes généraux étant peu intenses, M. C., qui est frotteur de parquets, se rend à son travail.

Vers midi, les symptômes de la matinée subissent une telle recrudescence, que M. C. doit rentrer chez lui et s'aliter. Les vomissements, copieux et fréquents, se prolongent jusqu'au mercredi 21 juin; la diarrhée, également violente, persiste jusqu'au dimanche 25. Il n'y a ni crampes dans les mollets, ni refroidissement des jambes ; la fièvre est peu intense, la céphalée légère. Par contre l'asthénie est très accentuée ; les lipothymies sont fréquentes et la prostration du malade atteint pendant 2 jours un degré sérieux.

Le déclin des accidents est survenu le dimanche 25 juin. Quatre jours après, M. C. peut se lever ; le 30 juin, il fait sa première sortie.

Atteinte moyenne.

GROUPE 8

Le dimanche 18 juin, M. G. achète chez le pâtissier X. un gros gâteau aux marrons et six petits gâteaux comprenant : 2 babas au rhum, 2 marignans (babas à la crème) et 2 éclairs. Neuf personnes mangent, le soir, le gâteau aux marrons : aucune d'elles n'est atteinte.

Le lundi matin 19 juin, à 8 heures, M. G. consomme les 4 petits gâteaux à la crème : il tombe malade. Son fils, au contraire, qui se contente des 2 babas au rhum, reste indemne.

a. M. G., 32 ans, est pris de malaises, le lundi soir 19 juin. Il ne dîne pas et se met au lit. La nuit est mauvaise. Le sommeil, très-agité, est bientôt interrompu par des nausées et des douleurs d'entrailles.

Le mardi 20 juin, somnolence invincible et continue. Le soir seulement survient, au milieu de coliques très-vives, une diarrhée abondante extrêmement fétide, dont le malade ne peut indiquer le caractère. Il n'y a pas de vomissements.

La nuit du mardi est déjà meilleure.

Le mercredi 21, la diarrhée cesse, et l'état du malade s'améliore rapidement.

Le jeudi 22 juin, tout est terminé et, après trois jours de repos, M. G. reprend ses occupations.

Atteinte légère.

GROUPE 9

Cinq personnes sont réunies à la table de Mme S., le dimanche soir 18 juin; 4 d'entre elles consomment une part d'un Saint-Honoré acheté le jour même chez X; elles sont malades. Une seule s'en abstient; elle reste indemne.

b. M. M., 63 ans, ne mange qu'un fragment minime du gâteau. Aussi les symptômes, très tardifs, puisqu'ils n'apparaissent que le mercredi matin, se bornent-ils à quelques malaises extrêmement légers : anéantissement et état nauséeux qui se dissipent le jour même. Il n'y a ni vomissements, ni diarrhée.

b. Mme M., 55 ans, femme du précédent, qui consomme non seulement sa part, mais presque toute celle de son mari, est prise le mardi matin 20 juin de malaises intenses : céphalée, lassitude générale, crampes musculaires, fièvre qui atteint 38°,9. Bientôt apparaissent de violentes douleurs abdominales avec diarrhée verte très-abondante, et Mme M. doit s'aliter.

Les nausées sont continuelles, mais il n'y a pas de vomissements spontanés.

Ces symptômes, moins la fièvre qui disparaît dès le jeudi 22, persistent sans atténuation jusqu'au samedi 24 juin. Pendant toute cette durée, l'intolérance gastrique est absolue et toutes les ingestions alimentaires sont aussitôt rejetées. La malade est faible, abattue, en proie aux défaillances; elle présente, le vendredi, un refroidissement périphérique assez accentué.

Le dimanche 25, la diarrhée est arrêtée, l'intolérance gastrique disparue. Mais le déclin des autres signes ne se fait que lentement et, le 1er juillet, Mme M. garde encore le lit.

c. M. S., 38 ans, ne mange du Saint-Honoré qu'un peu de croûte sans crème. Le lundi matin 19 juin, il a 3 ou 4 selles diarrhéiques indolores, un peu de fatigue, quelques frissons légers. Son atteinte des plus bénigne se réduit à ces seuls symptômes.

d. Mme S., 35 ans, qui mange sa bonne part du gâteau, ressent les premiers malaises dans la nuit du lundi au mardi : céphalée, frissons, courbature.

Le mardi matin 20 juin survient une abondante diarrhée qui dure, en s'atténuant graduellement, jusqu'au lundi 26 juin. Il y a quelques coliques, des sensations nauséeuses, de la fatigue avec sensations de froid, mais point de vomissements.

La malade ne se couche qu'un seul jour, le mercredi 21 juin.

GROUPE 10

Les époux F. achètent, le dimanche 18 juin, un Saint-Honoré de 2 francs chez le pâtissier X et le servent au déjeuner de midi. Les convives sont au nombre de 6 : l'un d'eux ne touche pas au gâteau ; deux autres n'en consomment que les boules de pâtisserie dépourvues de crème : tous les trois demeurent bien portants. Les trois autres, au contraire, qui mangent une part entière du Saint-Honoré, présentent par la suite des symptômes d'empoisonnement alimentaire.

a. M. F., 30 ans, consomme une forte part du gâteau et ressent les premiers malaises dans la nuit du lundi au mardi : insomnie, agitation, impression de froid. A 4 heures du matin, apparaît une diarrhée indolore avec selles vertes et fétides peu fréquentes. M. F. peut néanmoins se rendre à son travail.

Mais le mercredi 21 juin, force lui est de s'aliter. Il a de la fièvre, de la céphalée et des douleurs lombaires ; ses jambes sont faibles et fatiguées. La diarrhée, plus fréquente que la veille, atteint ce jour-là son maximum.

Dès le lendemain 22 juin, M. F. peut reprendre son travail, mais il conserve de la fatigue et de l'inappétence jusqu'au 25 juin.

Atteinte légère.

b. Mme F., 25 ans, a des accidents d'autant plus précoces qu'après avoir fait largement honneur au gâteau, le midi, elle en mange encore, le soir, un fragment qui restait.

Les symptômes débutent le lundi matin 19 juin, à 4 heures, par de vagues malaises bientôt suivis de coliques fugitives, puis de douleurs musculaires généralisées et de fourmillements limités aux doigts. Vers 6 heures, surviennent des douleurs abdominales très-vives, des vomissements abondants et une diarrhée fétide impérieuse.

Le lundi 19 juin, ces symptômes ne font que s'accroître ; le mardi et le mercredi, ils sont à leur maximum. La fièvre et la céphalée, apparues dès le début, sont intenses ; les membres de la malade sont glacés. L'asthénie se traduit par des faiblesses et par l'altération des traits.

Les vomissements s'arrêtent le mercredi soir.

Dès le lendemain, la diarrhée devient moins fréquente et l'état de la malade s'améliore légèrement.

Le jeudi soir, la diarrhée s'arrête et les autres signes déclinent rapidement.

Dès le samedi 24 juin, Mme F. peut se lever, mais elle est très-affaiblie. Au 1er juillet, ses jambes restent lasses ; la

céphalée et les crampes d'estomac reparaissent de façon capricieuse ; l'appétit ne revient que lentement.

Atteinte moyenne.

c. M. C., 39 ans, consomme lui aussi une forte part du Saint-Honoré. Il ressent le lundi une céphalée intense, des vertiges, une lassitude extrême.

Le mardi matin 20 juin, éclatent brusquement des coliques violentes et une diarrhée verte et fétide avec selles presque continuelles pendant les premières heures.

Le jour suivant, les selles se répètent 12 à 15 fois dans les 24 heures et elles se maintiennent à ce chiffre quotidien jusqu'au 2 juillet. L'asthénie est profonde et s'accroît graduellement.

La diarrhée et les douleurs intestinales prennent fin le 2 juillet. Deux jours plus tard, M. C. est guéri et quitte son lit définitivement. Il est très-faible et très-amaigri.

Atteinte moyenne.

GROUPE 11

Les époux L. et leur fils consomment à leur déjeuner, le dimanche 18 juin, des gâteaux provenant de la maison X. Mme L., qui mange un chou à la crème, et son fils qui en mange deux, sont atteints l'un et l'autre d'accidents toxiques. Seul, M. L., qui consomme une tartelette aux fruits, reste indemne.

a. Mme L., 38 ans, est prise, le lundi soir 19 juin, d'une diarrhée légère indolore, de caractère indéterminé. Elle a 2 selles dans la nuit, 4 selles, le mardi matin. Elle n'a pas eu d'autres symptômes.

Atteinte très légère.

b. Le jeune L., 11 ans et demi, a déjà quelques malaises dans la nuit du dimanche au lundi : il a des cauchemars ; son sommeil est fiévreux et agité.

Le lundi matin, à 7 heures, céphalée violente, douleurs

abdominales. L'après-midi, vers 3 heures, fièvre intense avec agitation.

Dans la nuit du lundi au mardi, au milieu des mêmes symptômes, apparaissent des crampes d'estomac, des coliques très-vives et une diarrhée abondante. Les selles, qui surviennent tous les trois quarts d'heure environ, sont liquides, vertes comme la purée d'épinards et striées de sang.

Le mardi 20 juin, on purge l'enfant. Ce jour-là et le jour suivant, les selles persistent avec le même caractère et la même fréquence. Le malade est très-faible et très-abattu.

Du jeudi 22 au samedi 24, la diarrhée se modère et les selles ne se succèdent plus qu'à intervalles moyens de 2 heures. Le samedi, la diarrhée s'arrête et les coliques se font rares.

Tous les autres symptônes commencent à décliner depuis lors, mais leur décroissance est longue : la langue reste blanche, l'inappétence persiste, les jambes sont fatiguées. L'enfant se lève pour la première fois le 28 juin. Il a maigri de 2 kilogrammes pendant les quatre premiers jours de l'empoisonnement.

Au 1er juillet, il ne présente plus qu'un peu de faiblesse et une légère constipation

Atteinte moyenne.

GROUPE 12

Le mardi 20 juin, à 8 heures du soir, M. M., sa femme et sa sœur achètent chez le pâtissier X. 3 éclairs au café et 3 marignans, qu'ils vont manger dans le bois de Vincennes : tous les trois, ils sont malades ultérieurement.

a. M. M., 26 ans, éprouve les premiers malaises le jeudi 22 juin, vers midi : inappétence, douleurs musculaires aux membres inférieurs, lassitude générale.

Le soir survient une diarrhée abondante, verte et fétide, avec coliques légères et sensation de froid. Il n'y a ni crampes d'estomac, ni vomissements.

La diarrhée se ralentit bientôt ; pendant 3 jours, les selles

quotidiennes sont au nombre de 7 ou 8 ; dès le dimanche soir, la diarrhée s'arrête.

Le lundi 26, M. M. recommence à s'alimenter. Il n'a pas interrompu son travail.

Atteinte légère.

b. Mme M., 26 ans, est prise, le mercredi soir 21 juin, après dîner, de douleurs abdominales violentes, de crampes d'estomac, d'étourdissements et de frissons. Ces symptômes s'accentuent rapidement, la fièvre devient intense et la diarrhée survient. Les selles, vertes et fétides, accompagnées de vives douleurs gastro-intestinales, se répètent sans relâche pendant toute la nuit. Elles se maintiennent du reste à ce degré de violence jusqu'au dimanche 25 juin.

Ce jour-là, la diarrhée se ralentit dans la matinée et prend fin vers le soir.

Il y a eu des nausées continuelles le jeudi 22 juin, mais point de vomissements.

Mme M., encore très-faible, peut se lever le mercredi 28 juin. Au 1er juillet, elle accuse une douleur articulaire du poignet droit, qu'on trouve en effet légèrement gonflé. Il y a un peu de rougeur et de chaleur locales.

Atteinte moyenne.

c. Mlle M., 16 ans et demi, a des nausées comme premier symptôme. Elles apparaissent isolément, sans vomissements, dans la nuit du mardi au mercredi, puis se dissipent.

Le mercredi matin 21 juin, après le premier déjeûner, les nausées reparaissent et sont bientôt suivies de vomissements énormes. Les crampes, la céphalée, la fièvre et les frissons surviennent rapidement ; les douleurs abdominales s'exaspèrent et la diarrhée se déclare, abondante, verdâtre et fétide.

Les vomissements cessent dès le soir, mais les autres accidents conservent leur acuité pendant 3 jours.

Le vendredi 23 juin, la température revient à la normale.

Le samedi 24, la diarrhée verte se transforme et les selles deviennent purement séreuses. Les douleurs s'atténuent en

même temps et les autres symptômes commencent à s'amender progressivement.

Quatre jours plus tard, le 28 juin, Mlle M. est guérie et peut quitter son lit. Au 1er juillet, son état de santé est satisfaisant.

Atteinte moyenne.

GROUPE 13

Le dimanche 18 juin, à 11 heures du matin, M. G. achète chez le pâtissier X. 8 gâteaux comprenant : 5 barquettes aux marrons, 1 meringue, 2 choux à la crème.

Les barquettes sont consommées aux deux repas du dimanche et au déjeûner du lundi par M. G., qui n'en éprouve aucun accident.

Mme G. mange la meringue et un chou à la crème au déjeûner du dimanche : elle est sérieusement atteinte.

Le second chou est donné, le lundi, à la bonne, Henriette D., qui le mange au déjeûner de midi : les accidents qu'il provoque ont une issue fatale.

a. Mme G., 60 ans, ressent les premiers malaises le dimanche soir, vers 10 heures : fièvre, céphalée et douleurs lombaires, qui s'accroissent rapidement dans la nuit.

Vers 4 heures du matin surviennent simultanément vomissements, diarrhée et crampes des mollets.

A 6 heures, les douleurs musculaires deviennent subintrantes, les vomissements sont continuels, la diarrhée incoercible, les douleurs gastro-intestinales violentes. Mme G. a des frissons et une soif ardente avec sensation de feu dans la gorge.

Le lundi 19 juin, mêmes symptômes. Les extrémités de la malade sont froides ; son pouls faiblit.

Le mardi 20 juin, tous ces signes s'amendent légèrement et le soir les vomissements s'arrêtent. Seule, la diarrhée ne se ralentit pas : les selles, de nature indéterminée, mais très-fétides, restent très-fréquentes jusqu'au vendredi soir 23 juin.

A cette date survient une amélioration marquée : la diar-

rhée se modère et prend le type séreux ; les douleurs et les symptômes généraux déclinent très-rapidement.

Le dimanche 25 juin, Mme G. se lève pour la première fois ; elle est guérie.

Mais au 1er juillet, sa faiblesse est encore très-grande et la diarrhée séreuse persiste encore. Atteinte moyenne.

b. Henriette D., 17 ans, de constitution robuste et très-bien portante, mange un chou à la crème au déjeûner de midi, le lundi 19 juin. Une demi-heure après l'ingestion du gâteau éclatent les symptômes suivants : fièvre et céphalée intenses ; nausées et vomissements avec crampes d'estomac ; douleurs abdominales d'une violence extrême ; diarrhée abondante, continue, verte et fétide.

L'après-midi et le soir de ce jour, toute la nuit du lundi au mardi, accroissement des mêmes phénomènes.

Le mardi 20 juin, les vomissements cessent ; les autres accidents persistent sans changement.

Le mercredi 21 juin, l'état général devient si alarmant que M. G. se décide à faire transporter la malade à l'hôpital. A 9 heures du soir, elle est admise d'urgence à Saint-Antoine, salle Corvisart, dans le service de M. le Dr Thoinot.

Toute la nuit qui suit son entrée, elle est agitée, fièvreuse, en proie à une soif ardente et à des douleurs abdominales atroces. La diarrhée, moins fréquente, se réduit à 3 selles fluides et grumeleuses, absolument comparables, comme couleur et comme structure, à la purée d'épinards.

Le jeudi 22 juin, vers 10 heures du matin, l'état de la malade fait prévoir une issue fatale. Les signes, que nous observons alors, sont les suivants .

1° *Signes généraux* :

Facies rouge, anxieux ; yeux énormes, excavés.

Pupilles à réactions normales ; mydriase.

Agitation perpétuelle avec plaintes ; secousses musculaires.

Extrémités cyanosées et froides.

Température centrale = 39°.

Pouls = 100 pulsations, petites, presque incomptables.

Anurie.

2° *Signes digestifs* :

Langue sèche et jaunâtre.

Eructations abondantes ; hoquet.

Nausées et efforts de vomissement sans résultat.

Abdomen spontanément douloureux de l'ombilic au pubis, surtout dans sa moitié droite.

Sensibilité abdominale très-vive à la pression, surtout dans la moitié droite.

Météorisme abdominal prononcé, surtout dans la moitié droite.

Diarrhée arrêtée depuis la nuit.

3° *Signes cardiaques et respiratoires :*

Cœur sourd, rapide, irrégulier.

Dsypnée vive, sans signes pulmonaires.

Respiration abdominale limitée au niveau de l'ombilic.

Vers le soir, malgré les injections de sérum artificiel et les piqûres de caféine et d'huile camphrée, l'état de la malade s'aggrave encore : les forces déclinent, le pouls devient incomptable, toute la surface tégumentaire est froide et cyanosée.

Le vendredi 23 juin, à 2 heures du matin, la mort survient dans le collapsus.

L'empoisonnement a évolué en 3 jours et 13 heures.

Autopsie. — L'autopsie pratiquée à la Morgue, le samedi 24 juin, par M. le Dr Thoinot, a donné les résultats suivants :

1° **Aspect extérieur du cadavre** : le cadavre est celui d'une jeune fille robuste et bien constituée ; pas d'amaigrissement appréciable. Pas de putréfaction. Rigidité cadavérique aux membres inférieurs seulement.

2° **Ouverture du cadavre** : *a*) *Poumons* : le poumon gau-

che est fortement adhérent au niveau de sa base ; ces adhérences purement celluleuses se déchirent facilement. L'organe présente à sa surface quelques petites ecchymoses. A la section, il s'écoule du hile une abondante quantité de sang, Le parenchyme, congestionné, présente alternativement des parties rougeâtres et des parties carminées ; le poumon droit est adhérent sur une plus grande étendue de sa surface ; pour le reste, il est identique au poumon gauche.

b) *Cœur* : normal, avec quelques petites ecchymoses péricardiques. Quand on l'a détaché, il s'en est écoulé une grande quantité de sang noir spumeux. Les valvules aortique, mitrale et tricuspide sont saines.

c) *Foie* : poids 1.330 grammes. Normal.

d) *Rate* : poids 105 grammes. Normale.

e) *Reins* : sont de volume sensiblement normal ; mais, à la coupe, ils apparaissent très-fortement congestionnés, surtout le gauche.

f) *Estomac* : présente une congestion hémorragique prononcée, localisée plus spécialement sur deux régions : l'une, à la face antérieure, l'autre à la face postérieure, qui sont le siège d'un piqueté hémorragique à petits grains. Autre plaque très-prononcée près du pylore. L'estomac, non distendu, contient une petite quantité d'un liquide jaunâtre.

g) *Intestin grêle* : diffère nettement par sa coloration rouge foncée avec arborisations veineuses du gros intestin qui est pâle à sa surface.

Il est extrêmement congestionné, surtout à ses deux extrémités. En haut : épaississement des valvules conniventes ; injection intense de la paroi intestinale sur laquelle tranchent ça et là des placards d'arborisations veineuses. En bas : mêmes caractères, mais plus marqués encore. Les dernières portions de la muqueuse ne sont qu'une nappe de piqueté hémorragique avec plaques de Peyer et follicules isolés tuméfiés.

L'intestin renferme 300 grammes d'un liquide jaunâtre.

h) *Gros intestin* : psorentérie très-marquée et congestion

légère. Lésions d'autant plus nettes qu'on se rapproche davantage de la valvule iléo-caecale.

i) *Œsophage, trachée, aorte, cerveau* : normaux et sains.

GROUPE 14

Mme B. mange, le lundi 19 juin, des gâteaux à la crème provenant de chez X (la nature et le nombre de ces gâteaux est indéterminée), et le soir du même jour, elle donne à Mme J., sa femme de ménage, 5 ou 6 petits-fours. Trois de ces gâteaux, qui contiennent de la crème, sont mangés l'un par Mme J., les 2 autres par son fils.

Le triple empoisonnement, qui a suivi l'ingestion de ces gâteaux, a eu pour Mme B. un dénouement fatal.

a. Mme J., 42 ans, est prise, le mardi matin 20 juin, d'une légère céphalée bientôt suivie d'un vomissement. A ce dernier succèdent très-rapidement des crampes d'estomac et une diarrhée fétide assez abondante : il y a 7 ou 8 selles avant midi.

A midi, Mme J. peut déjeûner. La diarrhée ne reparaît point après le repas et, le soir, il ne reste de cette atteinte très-légère qu'un peu de lourdeur de tête.

b. Le jeune J., 9 ans, présente lui aussi les premiers accidents dans la matinée du mardi 20 juin, vers 10 heures. Vomissements et diarrhée ouvrent la scène, sans autres prodromes qu'une céphalée intense.

Les vomissements, extrêmement fréquents au début, s'arrêtent vers midi. Mais jusqu'au 26 juin, les coliques très-vives et la diarrhée profuse avec selles vertes et fétides persistent sans atténuation. L'enfant est très-faible ; ses traits sont altérés, ses extrémités légèrement refroidies.

La nuit du 26 au 27, les selles se ralentissent notablement, perdent leur couleur bilieuse, et le mardi 27 une amélioration notable se produit. Elle se poursuit très-rapidement les jours suivants; le 29, la diarrhée séreuse s'arrête définitivement ;

le 30 juin, l'enfant est guéri et quitte son lit. Son état est satisfaisant.

Atteinte moyenne.

c. Mme B., 51 ans, atteinte d'accidents graves, meurt le 4 juillet, à 1 heure du matin. Nous ne possédons aucun renseignement sur la date du début, ni sur les particularités évolutives de l'empoisonnement.

Autopsie. — L'autopsie du cadavre, pratiquée à la Morgue, le jeudi 6 juillet 1905, par M. le Dr Thoinot, a donné les résultats suivants :

1° **Aspect extérieur du cadavre** : corps très-volumineux. Putréfaction déjà accentuée, attestée par la bouffissure du visage, la tuméfaction énorme des paupières, le gonflement de l'abdomen par développement des gaz, les lividités cadavériques.

2° **Ouverture du cadavre** : *a*) *Poumons* : pas d'autres lésions apparentes que la congestion hypostatique de la putréfaction.

b) *Cœur* : absolument pourri ; graisseux ; valvules suffisantes.

c) *Foie* : énorme, pourri, vert et très-nettement gras. Un fragment du parenchyme projeté dans l'eau surnage. Bile noire et fluide. Poids 2.400 grammes.

d) *Rate* : très-diffluente, putréfiée. Poids 150 grammes.

e) *Reins* : volume normal. S'il y a des lésions, elles sont absolument masquées par la putréfaction.

f) *Estomac* : quelques suffusions sanguines peu nombreuses sur la muqueuse. Il renferme à peine 50 grammes d'un liquide jaune.

g) *Intestin grêle* : à peine quelques suffusions sanguines sur la muqueuse. Congestion légère. Il est rempli d'un liquide muqueux filant, collant, jaune.

h) *Gros intestin* : lésions insignifiantes.

i) *Œsophage, trachée, aorte, cerveau* : rien d'anormal.

BIBLIOGRAPHIE

I

INDEX CHRONOLOGIQUE DES OBSERVATIONS D'EMPOISONNEMENT PAR LES CRÈMES ET LES GATEAUX A LA CRÈME

Décembre 1829. Paris. Affaire Lafarge. Cas célèbre d'empoisonnement par gâteau à la crème ; Peytoureau, *thèse de Bordeaux*, 1902 ; p. 21.

Août 1850. Paris. Crèmes glacées. Plusieurs cas ; Peytoureau, *ouvrage cité*, p. 22.

Mars 1860. Amiens. Crèmes glacées. Nombreux malades ; aucun décès. James, *Gaz. méd. de Paris*, 1860.

1863. Vienne (Autriche). Crèmes. Nombre des cas et des décès ? Schroff, *Wiener med. Wochenschr.*, 1863, n° 52.

1868. Altona (Allemagne). Crèmes glacées. Plusieurs cas, aucun décès. Rosenthal, mémoire présenté en 1873 à la Soc. de méd. de Berlin (cité par Peytoureau, *th. Bordeaux*, 1902 ; p. 22).

Août 1873. Berlin. Crèmes glacées. Rosenthal, *Berlin klinischer Wochenschrift* 1874 (cité par Peytoureau, p. 22).

1875. Algérie. Crèmes glacées. Neuf cas ; aucun décès. Papillaud, *Gaz. méd. d'Algérie*, 1875 (cité par Peytoureau, p. 23).

1877. Richmond. Crèmes glacées. Wellford, *Compte-rendu spécial d'un empoisonnement par des fromages à la crème et des crèmes glacées.*

Septembre 1879. Sheffield (Angleterre). Gâteaux à la crème. Plusieurs cas ; 2 décès. Allen, *Ann. d'hyg.*, septembre 1879 (cité par Peytoureau, p. 23).

Juin 1881. Saint-Denis. Gâteau Saint-Honoré. Le Coq, *Contrib. à l'étude des empoisonnements par les gâteaux à la crème*, thèse de Paris, 1906 ; p. 15.

Juillet 1881. Joinville-le-Pont. Gâteaux Saint-Honoré. Vingt cas ; aucun décès. Le Coq, *ouvr. cité*, p. 15.

1883. Philadelphie. Crèmes à la glace. Ewing, Relations de quelques cas d'empoisonn. par les cr. à la glace, *Polyclinique de Philadelphie*, 1883-84.

1886. New-York. Crèmes glacées. Allaben, Empoisonn. par les cr. glacées, *Recueil méd. New-York*, 1886 ; — Gibson, Empoisonn. par les cr. glacées, *ibid.* ; — Vaughan, Empoisonn. par la cr. à la glace, *ibid.*

1889. Lambeths Road (Angleterre). Crème glacée ; 13 cas ; 2 décès. *Lancet clinic.*, 1889 (cité par Peyt., p. 24).

1890. Philadelphie. Crèmes glacées. Hull, Empoisonn. par les cr. glacées. *Nouv. méd. de Philadelphie*, 1890.

1890. Glastonbury (Angleterre). Crème glacée. Smith, Cas d'empoisonn. par la crème glacée dans le canton de Glastonbury, *New-Haven*, 1890.

Juillet 1895. Saint-Paul-les-Dax (Dordogne). Gâteaux à la crème. Plusieurs cas ; 1 décès. Peyt., p. 24.

Mai 1898. Pessac (Gironde). Crème ménagère ; 9 cas ; 1 décès. Peyt., p. 26.

Avril 1900. Berlin. Crèmes à la vanille ; 19 cas ; 1 décès. *Journal des Praticiens*, 5 mai 1900 et Le Coq, p. 28.

1900. Londres. Crème à la glace. Allaben, mort causée par la crème à la glace, *The Lancet*, Londres, 1900.

Août 1900. Bordeaux. Crème aux œufs de cane ; 6 cas ; aucun décès. Peyt., p. 28.

1900. Londres. Empoisonn. par la crème à la glace. *Presse méd.*, Londres, 1900.

Mars 1901. Angleterre. Crème glacée ; 19 cas ; aucun décès. Wassermann, *British med. journal*, 1901 (cité par Peyt., p. 29).

Mars 1901. Valence d'Agen (Lot-et-Garonne). Gâteaux à la crème ; 116 cas ; 3 décès. Peytoureau, p. 29.

Mai 1901. Paris (quartier Saint-Vincent de Paul). Crème et gâteaux à la crème ; 26 cas ; 1 décès. Le Coq, p. 29.

Juillet 1901. Enghien (Seine-et-Oise). Eclairs ; 3 cas ; aucun décès. Le Coq, p. 46.

Août 1901. Giménos (Bouches-du-Rhône). Gâteaux à la crème ; 12 cas ; aucun décès. Peyt., p. 33.

Mars 1902. Andernos (Gironde). Choux à la crème ; 6 cas ; aucun décès. Peyt., p. 33.

Mai 1902. Paris (rue Servan). Œufs à la neige ; 3 cas ; 1 décès. Le Coq, p. 48.

Juin 1902. Bordeaux. Gâteaux à la crème ; 150 cas ; 2 décès. Petyoureau, p. 35.

Août 1902. Paris (affaire d'Auteuil). Gâteaux à la crème ; 49 cas ; 2 décès. Baize, *Etude clinique sur les empoisonnements par les gât. à la crème*, th. Paris, 1906.

Septembre 1902. Auch (Gers). Crème ménagère ; 10 cas ; 1 décès. Peytoureau, p. 34.

Novembre 1902. Pamiers (Ariège). Crème ménagère ; 14 cas ; 1 décès. Peytoureau, p. 34.

Mai 1903. Lyon. Gâteaux à la crème ; 30 cas ; aucun décès. Hugouneng, *Journ. de Pharm. et de chimie*. Février 1905.

Juillet 1903. Villeurbanne (Rhône) : Choux et éclairs ; 5 cas ;

aucun décès. Hugouneng, *Journ. de Pharm. et de chimie*, Février 1905 (cité par Le Coq, p. 58).

Août 1903. Haux (Gironde). Gâteaux à la crème ; nombreux cas ; 2 décès. Le Coq, p. 59.

Mai 1904. Paris (affaire du Faubourg Saint-Denis). Gâteaux à la crème ; 27 cas ; 1 décès. Baize, *thèse de Paris*, 1906.

Juin 1904. Paris (La Villette). Gâteau à la crème ; 1 cas ; pas de décès. Le Coq, p. 61.

Août 1904. Andernos (Gironde). Gâteaux à la crème ; 51 cas ; aucun décès. Lande, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 novembre 1904 ; — *Répertoire de pharm.*, 10 déc. 1904 ; — Le Coq, p. 63.

Août 1904. Paris. Choux à la crème ; 2 cas ; aucun décès. Desesquelle, *Bull. des Sc. pharmacolog.*, novembre 1904.

Septembre 1904. Paris. Chou à la crème ; 1 cas ; pas de décès. Desesquelle, *ibid.*

Juin 1905. Paris (affaire de Saint-Mandé). Gâteaux à la crème ; 44 cas ; 2 décès. Baize, *thèse de Paris*, 1906.

Juin 1905. Reims. Gâteaux à la crème ; 60 cas ; 2 décès. Le Coq, p. 66.

Juillet 1905. Avize (Marne). Gâteaux à la crème ; 30 cas ; 1 décès. Le Coq, p. 67.

Juillet 1905. Birmingham (Angleterre). Crèmes préparées avec œufs avariés ; 40 cas (enfants) ; 1 décès. Le Coq, p. 67.

Juillet 1905. Remiremont (Vosges). Œufs à la neige ; 2 cas ; 1 décès. Le Coq, p. 67.

II

OUVRAGES ET ARTICLES RELATIFS AU POISON DES CRÈMES

1° Sels métalliques dans les crèmes.

a. **Cuivre** : Delthil, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 16 août 1881 ; — Galippe, *Bull. de l'Acad de méd.*, 30 août 1881 ; — Brouar-

DEL, Rapport de 1881 publié in-extenso par LE COQ, *Contrib. à l'étude des empoisonn. par les gât. à la crème*, thèse de Paris, 1906, p. 20 et suiv. ; — CARLES, *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 3 août 1902.

b. Etain : JAMES, *Gaz. méd. de Paris*, 1860.

A CONSULTER (pour les symptômes de l'empoisonn. par ces sels) : BROUARDEL, *Les intoxications : arsenic, phosphore, cuivre, mercure et plomb*, 1904 ; — LEWIN ET POUCHET, *Traité de toxicologie*, 1903.

2° Microorganismes dans les crèmes.

NIELCOOK, Bactériologie de la crème à la glace, in *Santé publique*, Londres, 1895-96 ; — WILKUISON, crèmes glacées. Leur préparation et leur bactériologie, in *Santé publique*, Londres, 1899 ; — VAUGHAN ET PERKUIS, Un bacille producteur de toxines trouvé dans la crème à la glace, *Arch. d'hyg.*, Munich et Leipzig, 1896.

3° Vanille et vanilline.

SCHROFF, *Wiener med. Wochenschr.*, 1863, n° 52 ; — ROSENTHAL, *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1874, p. 115 ; — LAYET, Vanillisme professionnel et alimentaire, in *Dictionn. des Sc. méd. de Dechambre* ; Communication sur le vanillisme faite au *Congrès pour l'avancement des Sciences*, Rouen, 1883 ; *Ann. d'hyg.*, 1883, II, p. 361 ; *Ann. d'hyg.*, 1884 ; — GRASSET ET ROULIÈS, *Ann. d'hyg.*, 1884 ; — GRASSET, *Arch. de méd.*, août 1886 ; — DAVENPORT, *Bost. med. Journ.*, 1886, II, p. 110 ; — HULL, *Rev. internation. des falsificat.*, février 1889 ; — GUÉRIN, *Arch. de méd. navale*, 1894, t. LXII ; — PEYTOUREAU, *Etude sur les empoisonn. par les pâtisseries à la crème*, thèse de Bordeaux, 1902 ; — LEWIN ET POUCHET, *Traité de Toxic.*, 1903 ; — CH. GIRARD, *Analyse des mat. aliment. et recherche de leurs falsific.*, 1904.

4° Lait.

a. **Toxicité due à l'ingestion de plantes vénéneuses par les vaches laitières** : *Annales d'hyg.*, 1846 ; — Roskam, *Ann. de la Soc. de méd. de Liège*, 1895, p. 159 ; — Peytoureau, *thèse de Bordeaux*, 1902, p. 1 ; — Lewin et Pouchet, *Traité de Toxic.*, 1903.

b. **Toxicité due au mauvais état de santé des vaches laitières** : Gaffky, *Deutsche med. Wochenschr.*, 1892, p. 297 ; — Lewin et Pouchet, *Traité de Toxic.*, 1903.

c. **Toxicité due à des falsifications alimentaires** : Villiers et Collin, *Traité des altérat. et des falsific. des subst. aliment.*, 1900 ; — Ch. Girard, *Analyse des mat. aliment. et recherche de leurs falsific.*, 1904.

d. **Toxicité due à l'infection du lait par des microorganismes** : Cartay, *Med. news*, 1887 ; — *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 27 juillet 1902 ; — Lewin et Pouchet, *Traité de Toxic.*, 1903.

e. **Toxicité due au développement de poisons putrides dans le lait (poisons albuminoïdes et ptomaïnes)** : Camman, *Lancet clinic.*, 23 nov. 1889 ; — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 juillet 1902 ; — Vaughan, *Nouvelles médicales de Philadelphie*, 1887 ; — *Pharmaceutical Journ. and Transaction*, 3e série, t. XVIII, 1887-88 ; — Weber, *Journal de chimie, New-York*, 1890 ; — Lewin et Pouchet, *Traité de Toxic.*, 1903 ; — Desesquelle, *Bull. des Sc. pharmacol.*, nov. 1904 et janv. 1905.

5° Œufs.

a. **Idiosyncrasies relatives aux œufs frais** : *Ann. d'hyg.*, 28 oct. 1901 ; — *Medical news*, avril 1904 ; — Cassaet, *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1er mai 1904 ; — Le Coq, *thèse de Paris*, 1906, p. 95.

b. **Toxines de l'œuf frais** : Linossier, *Remarques sur*

la toxicité des œufs, *Bull. de la Soc. de biologie*, 8 déc. 1905; — Loisel, *Communication à l'Académie des Sciences*, 6 nov. 1905.

c. Microorganismes de l'œuf frais : Brouardel et Mosny, *Traité d'hygiène* (chapitre *hyg. alimentaire de* Rouget et Dopter), 1905.

d. Modes de contamination de l'œuf frais : Davaine, *Mémoire lu à la Soc. de biologie*, 3 août 1861; — Gayon, *Thèse de doctorat ès Sciences*; *Rev. des Sc. méd.*, janv. 1873; — Carles, *Répertoire de pharm.*, 10 février 1905 : « A propos des empoisonn. par les gât. à la crème ».

e. Toxicité des œufs attribuée aux microorganismes : Glasmacher, *Berlin klinischer Wochenschrift*, 1887; — Carles, *Répertoire de pharm.*, 10 févr. 1905; — Le Coq, *thèse de Paris*, 1906, p. 103.

f. Toxicité des œufs attribuée aux spores de cryptogames : Thomson et Calvert, *Analyst.*, 1895.

g. Toxicité des œufs par développement de poisons putrides (poisons albuminoïdes et ptomaïnes) : A. Gautier, *Recherches sur les albumines de l'œuf de poule*, 1869; — Brouardel et Boutmy, *Ann. d'hyg. publ.*, juin 1880; — G. Pouchet, *Ptomaïnes et Leucomaïnes*, *Gaz. hebd. de méd. et chirurgie*, 2e série, t. XXIII, p. 70, 1886; — A. Gautier, *Sur les alcaloïdes dérivés*, etc., Paris, 1886; — Bruère, *Compte-rendu du 4e congrès de chimie appliquée*; — Brochers, *The medical analectic*, juin 1887; — A. Gautier, *Les toxines microbiennes et animales*, 1896; — Carles, *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 3 août 1902; — Peytoureau, *Thèse de Bordeaux*, 1902; — G. Pouchet, Ptomaïnes et Leucomaïnes, in *Traité de Toxic. Lewin et Pouchet*, 1903, p. 1001 et suiv.; — Hugouneng, *Journ. de Pharm. et de Chimie*, 1er févr. 1905.

h. Toxicité des œufs par falsifications, colorants artificiels, procédés de conservation, etc : *Ann. d'hyg.*, 1887; — *Revue internation. des falsific.*, déc. 1888, mai 1891, sept. 1893, sept. 1899; — *Recueil du comité consult. d'hyg. de France*, 19 juin 1900; — Peytoureau, *thèse de Bordeaux*, p. 17,

p. 54 et suiv., 1902 ; — Le Coq, *thèse de Paris*, 1906, p. 106.

i. **Toxicité des œufs de cane** : Peytoureau, *Thèse de Bordeaux*, 1902, p. 16, 26, 28, 66 ; — Carles, *Répertoire de pharmacie*, 10 févr. 1905 ; *Journ. de pharm. et de chimie*, 16 mars 1905 ; — *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 3 août 1902 ; — Le Coq, *Thèse de Paris*, 1906, p. 108.

CONCLUSIONS

I. C'est à leur crème seule que les gâteaux toxiques doivent leur nocivité et la crème la doit elle-même au blanc d'œuf cru qu'elle renferme. S'il est frais, le blanc d'œuf est inoffensif ; mais, dès qu'il s'altère, l'albumine commence à subir, sous l'action alternante des microorganismes aérobies et anaérobies, et peut-être même sous la seule influence des forces physiques, une série de transformations cadavériques qui se poursuivent activement dans le tube digestif et dont certains termes sont des poisons redoutables.

II. Entre la quantité de crème ingérée et la gravité des symptômes, il existe une corrélation certaine, cachée dans la majorité des cas, mais cependant possible à mettre en évidence à condition qu'on prenne, comme termes d'appréciation,

des individus ayant consommé une crème identique, celle d'un même gâteau, par exemple. — Car alors la virulence de la crème, quel que soit son degré, est identique pour tous.

III. Inversement : chez les individus qui ont consommé chacun leur gâteau, chacun un éclair par exemple, les accidents toxiques qui surviennent peuvent n'être pas de même gravité, malgré l'égalité du volume de crème ingérée ; ils sont même le plus souvent de gravité très inégale. — Car alors les crèmes n'ont pas nécessairement la même virulence ni, par suite, la même activité.

IV. Les exceptions qui semblent à première vue infirmer ces deux règles n'en sont que des cas particuliers qui s'expliquent par des particularités étiologiques individuelles : âge, sexe, état de santé et valeur organique du sujet.

V. L'empoisonnement, considéré en lui-même, évolue en trois périodes :

1° L'incubation, dont la durée moyenne est de 12 à 36 heures. Plus elle est brève, plus les accidents qu'elle prépare sont graves. Elle peut demeurer latente pendant toute sa durée ; mais elle comporte habituellement une phase de prodromes qui sont d'autant plus courts et plus violents que l'atteinte toxique doit être plus sévère.

2° La période d'état, qui dure 2, 6 ou 10 jours, selon le degré de l'empoisonnement. Trois grands symptômes la caractérisent et marquent son

début : des vomissements, souvent bilieux et fétides ; des douleurs abdominales d'intensité très-variable ; une diarrhée avec selles bilieuses à grains riziformes, parfois muco-glaireuses, parfois sanguinolentes. Ces symptômes apparaissent tantôt simultanément, tantôt isolément : les vomissements surviennent alors les derniers.

Parmi les signes secondaires, il en est qui méritent une mention spéciale : les douleurs gastriques et musculaires, en raison de leur grande fréquence ; — les modifications de la température et du pouls, le refroidissement périphérique, l'anurie, la cyanose et l'état de dépression du sujet, en raison des indications qu'ils fournissent sur les progrès de l'algidité et de l'asthénie et, par suite, sur le pronostic ; — les sueurs profuses enfin, parce que leur apparition dans les dernières heures des empoisonnements graves est presque toujours un signe que leur dénouement sera favorable.

3° La période de déclin, qui dure 1, 3 ou 5 jours, selon le degré de l'intoxication. Elle est caractérisée par la disparition des vomissements et de la diarrhée verte, par l'atténuation rapide des autres symptômes et par l'amélioration de l'état général.

Dans la moitié des cas, l'empoisonnement laisse après lui des troubles qui durent, proportionnellement à son degré, une semaine, 15 jours, un mois et davantage.

VI. Ce sont les phénomènes algides qui font la gravité des empoisonnements par la crème et qui leur donnent leur physionomie. Une distinction clinique fondée sur la présence ou l'absence de ces phénomènes n'est donc pas un procédé, mais une nécessité véritable. En conséquence, nous distinguons d'après eux dans l'empoisonnement quatre degrés cliniques :

1° Une forme bénigne, où les signes algides font défaut : les signes de l'empoisonnement se réduisent au syndrôme gastro-intestinal, souvent incomplet et réduit à son minimum. Pronostic : excellent.

2° Une forme moyenne : au syndrôme gastro-intestinal souvent complet et violent, s'ajoute comme une ébauche d'algidité qui ne se réalise pas. Pronostic : excellent, quant à la vie ; sérieux, quant aux suites.

3° Une forme grave : au syndrôme gastro-intestinal toujours complet et très-violent s'associent pour une part au moins égale des phénomènes algides caractérisés. Pronostic : sévère ; mortalité : 28 0/0.

4° Une forme hypertoxique : l'algidité se réalisant presque d'emblée prédomine sur les autres symptômes au point de les faire paraître presque secondaires. Pronostic : toujours fatal.

VII. Il n'existe pas de signe vraiment pathognomonique de l'empoisonnement par la crème, car ses symptômes gastro-intestinaux et ses phé-

nomènes algides se retrouvent dans le choléra et dans toutes les entérites cholériformes toxiques ou infectieuses, sa longue durée d'incubation et de convalescence dans toutes les intoxications alimentaires. Aussi le diagnostic, si attentif soit-il, ne peut guère fournir que des probabilités, que seuls les commémoratifs sont capables de changer en certitude.

VU :
Le Président de la thèse,
BROUARDEL.

VU :
Le doyen,
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION. 1

PREMIÈRE PARTIE

ÉTIOLOGIE

I. § 1. Les gâteaux toxiques 7
§ 2. Composition de la crème toxique 13
II. § 1. Fréquence des empoisonnements par les gâteaux à la crème 15
§ 2. Causes générales qui semblent favoriser la toxicité des crèmes 16
III. § 1. Modes d'action des crèmes toxiques. 20
Règles qui les dirigent 20
§ 2. Particularités étiologiques qui modifient les règles précédentes 30

PATHOGÉNIE

L'agent des crèmes toxiques 53
I. **Hypothèses relatives aux sels métalliques.** 54
Sels de cuivre 54

Pages

II. **Hypothèses relatives à l'un des éléments constitutifs de la crème** 55
Lait 55
Vanille, vanilline 56
Gélatine 58
Œufs : 1° théorie microbienne. 59
2° théorie des Poisons métaboliques . . 63

ÉVOLUTION ET SYMPTOMES

I. **Période d'incubation.** 69
1° L'incubation considérée dans son ensemble. . 70
2° Prodromes 72
II. **Période d'état.** 76
Symptômes cardinaux :
Vomissements 77
Douleurs abdominales 83
Diarrhée 88
Symptômes secondaires :
Troubles de l'appareil digestif 93
Troubles nerveux et vasculaires 98
Troubles cardiaques. 108
Troubles respiratoires 109
Troubles urinaires 109
Troubles cutanés. 110
Durée de la période d'état.
III. **Période de déclin.** 114
1° Période de déclin proprement dite. 115
2° Convalescence 118

FORMES CLINIQUES

Principe de leur classification 122
I. **Forme bénigne.** 125

Pages

1° Symptômes et évolution. 125
2° Particularités 128
II. **Forme moyenne** 129
1° Symptômes et évolution. 129
2° Particularités 132
III. **Formes graves** 133
Symptômes et évolution. 133
IV. **Formes hypertoxiques** 139
A. Variété fébrile 139
B. Variété apyrétique. 140

DIAGNOSTIC

Symptômes caractéristiques de l'empoisonnement par la crème 143
Eléments de diagnostic différentiel avec :
A. Les affections gastriques et gastro-intestinales aiguës 144
B. Les intoxications par les poisons minéraux. . 148
C. Les intoxications alimentaires. 150

DEUXIÈME PARTIE

Affaire d'Auteuil. 157
Affaire du Faubourg Saint-Denis. 175
Affaire de Saint-Mandé 191

BIBLIOGRAPHIE

I. **Index chronologique** des observations d'empoisonnement par les crèmes et les gâteaux à la crème 217

Pages

II. **Ouvrages et articles** relatifs au poison des crèmes 220

CONCLUSIONS

LAVAL. — IMPRIMERIE L. BARNÉOUD ET Cie.